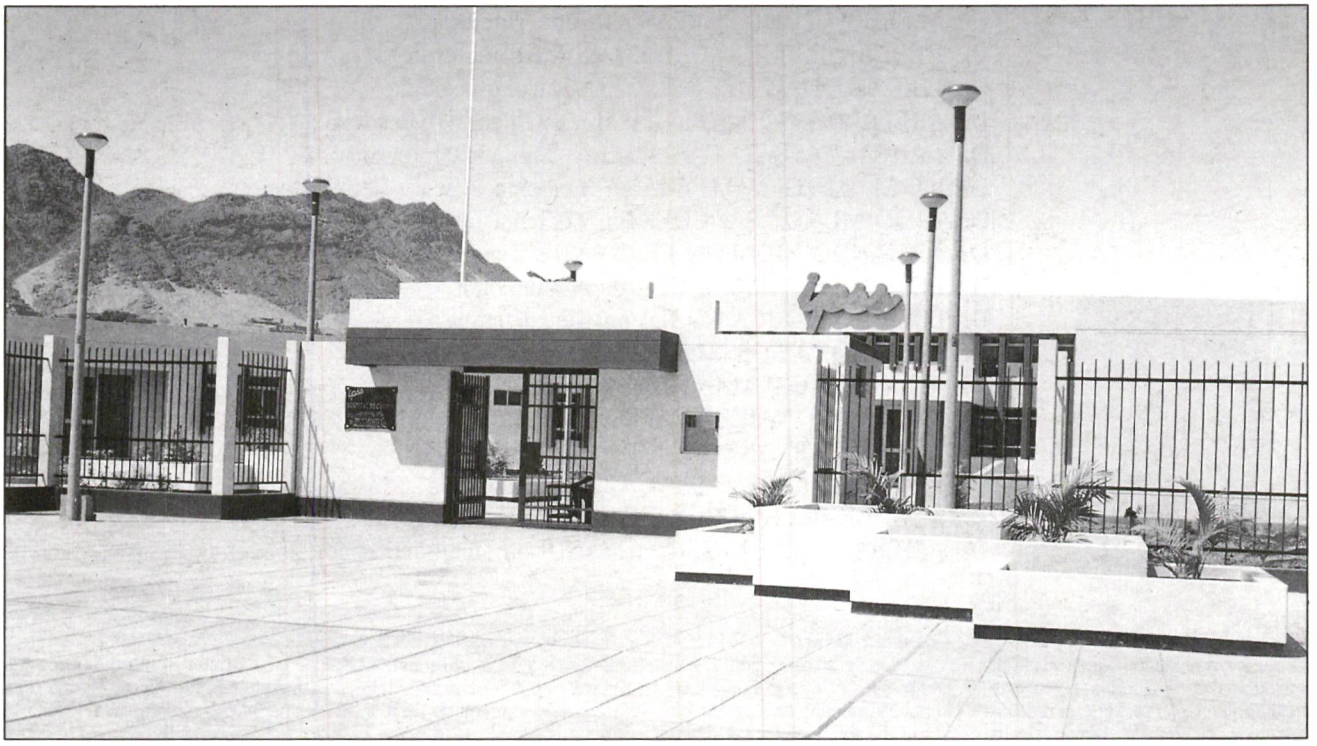
Revista Médica del IPSS

VOL 5: NUM 1 ENERO/MARZO 1996
Indizada en CD - ROM LILACS

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Luis Castañeda Lossio
Presidente Ejecutivo



El Hospital I de Chepén del IPSS del departamento de La Libertad -fue inaugurado el 29 de junio de 1995- cuenta con los Servicios de Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía; brindando atención eficiente y de calidad a la población asegurada y no asegurada, constituyéndose en líder de la región.

Edita: Red de Información Científica

Comité Editorial

Presidente

Dr. JOSE PISCOYA ARBAÑIL

Dr. RICARDO NUÑEZ VIDALON
Dr. CESAR SANCHEZ SCHWARTZ
Dr. FERNANDO VELIZ VILCAPOMA
Dra. ZOILA RODRIGUEZ BELLIDO
Dr. LUIS ROCHA BERNAL

Editor Asociado

Dr. ELEAZAR ALIAGA VIERA

Consejo Consultivo

Dr. NOLASCO ROMAN ACUÑA en Anestesiología
Dr. PEDRO CHACON YUPANQUI en Anatomía Patológica
Dr. ALLAN AVELLO PERAGALLO en Cirugía de Cabeza y Cuello
Dr. JOSE SCHILDER CELLERI en Cirugía General
Dr. VICTOR BUSTAMANTE CAMACHO en Cirugía Ortopédica y Traumatología
Dr. JAIME ULLOA SCHIANTARELLI en Cirugía Torácica y Cardiovascular
Dr. ALFREDO POHL PORRAS en Endocrinología
Dr. HERNAN ESPEJO ROMERO en Gastroenterología
Dr. LUIS GARCIA CORCUERA en Gastroenterología
Dr. ABELARDO DONAYRE VIDAL en Gineco Obstetricia
Dr. NAHUM TAMAYO CASTILLO en Medicina Interna
Dr. JORGE CASTRO MALAGA en Medicina Física y Rehabilitación
Dr. JULIO MUÑOZ SANCHEZ en Médicina Intensiva
Dr. ARMANDO VIDALON FERNANDEZ en Nefrología
Dr. EFRAIN FELIX HINOJOSA en Neumología
Dr. ESTEBAN ROCCA COSTA en Neurocirugía
Dr. ALEJANDRO ROSSEL ORTIZ en Neurocirugía
Dr. JULIO ALFARO MANTILLA en Neurología
Dr. NICANOR TINAJEROS ARROYO en Oftalmología
Dr. WALDO FERNANDEZ DURAN en Cardiología
Dr. FERNANDO SALAS SANCHEZ en Oncología
Dr. MIGUEL OLIVEROS DONOHUE en Pediatría
Dr. PEDRO SHIMABUKURU MIYAGUI en Diagnóstico por Imágenes.

La Revista Médica del IPSS (ISSN 1022 0240) indizada en el CD ROM LILACS es una publicación oficial del Instituto Peruano de Seguridad Social divulga la producción científica desarrollada por los médicos de la Institución. Las instrucciones para los autores son publicadas en el primer número de cada año, los artículos son evaluados por el Comité Editorial y su Consejo Consultivo. La Revista es publicada trimestralmente, un volumen por año. Ninguna parte de esta publicación incluido el diseño de la cubierta puede ser reproducido, almacenado y transmitido de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este electrónico, químico, mecánico, electro-óptico, grabación, fotocopia o cualquier otro sin la previa autorización escrita de los editores. La correspondencia relacionada a la suscripción, reimpresión, canje, copias, copias defectuosas, números pasados, pérdida o entregas tardías, disposición de manuscritos no aceptados y cartas deben ser dirigidas a la Red de Información Científica del IPSS. Jr. Domingo Cueto 120 8º Piso, Jesús María, Lima 11, Perú.
Email ric @ ipss.sld.pe
Copyright © 1996, Instituto Peruano de Seguridad Social

Quedan hechos los depósitos de ley. Todos los Derechos Reservados

REVISTA MEDICA DEL IPSS
INDICE

EDITORIAL 5

- **TRABAJOS GANADORES "PREMIO KAELIN" 95**

• Colangioplastía Percutánea en Estrechez Bilioentérica a nivel del Hilio Hepático. 7
Drs. Augusto Brazzini A., Malú Arias Schreiber B., Alvaro Carrillo D., Enrique Ramírez D., Edgar Carrillo Z.

• Cirugía Cardiaca en Pacientes de Altura. 15
Drs. Juan Sanchez A., Freddy Montero M., Enf. Marcia de Cassia S.

• Evaluación del Impacto en la Atención Médica por parte de los Programas Preventivos Promocionales. 21
Drs. Ada Pastor G., José Castro Q., Norma Gallardo S., Enfs. Margarita Burgos A., Sofía del Carpio F., Manuel Peinado L., Sonia Rojas A.

ARTICULOS ORIGINALES

- Cardiocirugía Transeptal. 32
Drs. Luis Ciudad M., Carlos Ledesma M.

- Atresia Duodenal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 36
Dr. Miguel A. Hermoza Mogollón.

- Test de estimulación con Progesterona en la detección de Hiperestrogenismo en mujeres post-menopáusicas asíntomáticas. 41
Drs. Juan Serrepe A., Juan Silva S., Félix Mesta C., Segundo Vigo.

- **CALIDAD TOTAL EN SALUD.**

• Cultura Organizacional y Calidad Total. 45
Dr. Wilfredo Solís Tupes.

• Equidad, Eficiencia y Calidad ¿Es esta combinación posible?. 48
Dr. Pedro Mendoza Arana.

• Acreditación de Hospitales. 51
Dr. Javier Santacruz Varela.

REPORTE CLINICO

- Luxación congénita de hombro, a propósito de un caso. 55
Dr. Fernando Benavente Arce.

DE GALENO A GALENO

- Dr. Guillermo Kaelin de la Fuente. 59

BASES DEL PREMIO KAELIN 1996 60

REGLAMENTO DE PUBLICACION 63

JOURNAL MEDICAL IPSS
INDEX

EDITORIAL 5

- **WINNER TRAILS OF THE "KAELIN AWARD 95"**

  • Percutaneous cholangioplasty in Bilioenteral stricture in hepatic hilus 7
  Augusto Brazzini A. MD, Malú Arias Schreiber B. MD, Alvaro Carrillo D. MD, Enrrique Ramirez D. MD, Edgar Carrillo Z. MD.
  • Cardiosurgery in high-altitude patients 15
  Juan Sanchez A. MD, Freddy Montero M. MD, Marcia de Cassia S. N.
  • Assesment of the impact of promotional preventive programs on medical care 21
  Ada Pastor G. MD, Jose Castro Q. MD, Norma Gallardo S. MD, Margarita Burgos A. N, Sofía del Carpio F. N, Manuel Peinado L. N, Sonia Rojas A. N.

ORIGINAL ARTICLES

- Transseptal cardiosurgery 32
  Luis Ciudad M. MD, Carlos Ledesma M. MD.

- Duodenal Atresia of the Edgardo Rebagliati Martins National Hospital 36
  Miguel A. Hermoza M. MD.

- Stimulation test with progesterone in detection of Hyperestrogenism in asintomatic post-menopausal women 41
  Juan Serrepe A. MD, Juan Silva S. MD, Félix Mesta C. MD, Segundo Vigo. MD.

- **TOTAL QUALITY IN HEALTH**

  • Organizational Culture and Total Quality 45
  Wilfredo Solís Tupes. MD.
  • Equity, Efficiency and Quality, a possible combination? 48
  Pedro Mendoza Arana. MD.
  • Hospital Accreditation 51
  Javier Santacruz Varela. MD.

CLINICAL REPORT

- Shoulder congenital dislocation with regard to a case. 55
  Fernando Benavente Arce. MD.

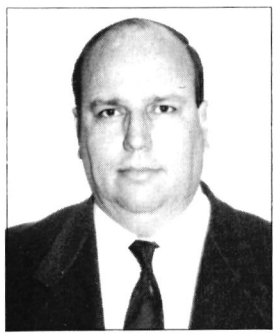
FROM DOCTOR TO DOCTOR

- Guillermo Kaelin de la Fuente, MD. 59

RULES FOR THE KAELIN PRIZE 1996 60

PUBLICATION REGULATION 63

Colangioplastía Percutánea en Estrechez Bilioentérica a nivel del Hilio Hepático(1)



*Drs. Augusto Brazzini A. *, Malú Arias Schreiber B. *, Alvaro Carrillo D. *, Enrique Ramírez D. *, Edgar Carrillo Z. *.*

RESUMEN

La Colangioplastía Percutánea (CP), se define como la dilatación de las vías biliares bajo guía fluoroscópica, que se origina como extensión natural del drenaje biliar externo y una extrapolación de la angioplastía percutánea. En el lapso de 15 meses, los autores realizaron CP en 10 pacientes quienes presentaban ictericia y colangitis recurrente teniendo como antecedente, dos o más reintervenciones quirúrgicas biliares. A todos los pacientes se les diagnosticó mediante Colangiografía Transparietohepática (CTPH), estrechez de la anastomosis bilioentérica, localizadas profundamente en el hilio hepático, las cuales eran de difícil abordaje para el cirujano e inaccesible para el endoscopista. La CP se realizó por vía percutánea transhepática, siendo exitosa en el 100% de los casos, con complicaciones menores. Este tipo de tratamiento de reciente desarrollo, ofrece solución a pacientes con la mencionada patología, considerándose un método eficiente, seguro, de bajo costo y accesible a la población general.

Palabras Claves: Colangioplastía percutanea, estenosis bilioentérica, colangioplastía transparietohepática.

PERCUTANEOUS CHOLANGIOPLASTY IN BILIOENTERAL STRICTURE IN HEPATIC HILUS

SUMMARY

The percutaneous colangioplasty (PC) is defined as the dilatation of biliary tract under fluoroscopic guidance. It origins as the natural extension of the percutaneous transhepatic biliary drainage and extrapolation from vascular angioplasty. During fifteen months ten patients underwent PC. All of them had recurrent episodies of jaudince and cholangitis and they had undergone two or more biliary surgery. All patients were diagnosticated of stricture of bilioenteric anastomosis by percutaneous transhepatic cholangiography localizated deeply in the Porta Hepatis which were very difficult to access for the surgeon and imposible for the endoscopist. Procedures were successfully approached transhepatically in 100% of the cases with few minor complications. This new technique, for patients who suffer this patology, is an effective, safe, low cost and accesible method for everyone.

Key words: Percutaneous colangioplasty, strictures of biliary, transhepatic cholangiography.

INTRODUCCION

Las estenosis benignas en los conductos biliares ocurren, en el 97% de los casos, por lesión accidental durante actos quirúrgicos ([1,2,3,4]). En 1 de 400 colecistectomías convencionales y en 1 de 200 colecistectomías laparoscópicas se producen un daño a la vía biliar que provoca el desarrollo de la estrechez de ésta ([5,6,7]).

Este trastorno constituye una de las complicaciones más graves de la cirugía biliar, por la morbimortalidad que ocasiona y por la recurrencia después del tratamiento quirúrgico.

Las estenosis biliares benignas recidivantes tienen un curso maligno; los pacientes evolucionan con episodios de colangitis y sepsis, llegando finalmente a la cirrosis biliar, insuficiencia hepática y la muerte.

La identificación del daño ductal es reconocida en el momento de la cirugía en el 25% de los casos y usualmente el intento de reparación es inmediato. En el 33% de los pacientes la injuria se manifiesta en el post-operatorio temprano, ocasionando ictericia o fístulas biliodigestivas. En los demás pacientes las estenosis se desarrollan entre los 6 meses y 25 años o más, después de la operación, presentándose generalmente como cuadros ictéricos o de colangitis ([4]).

Existen diversas técnicas quirúrgicas reparadoras. Muy rara vez es posible realizar la reparación plástica con sutura del conducto y prácticamente en todos los casos se procede a anastomosar el conducto distal vascularizado con un asa intestinal. La decisión sobre los segmentos que se van a unir se basa en la necesidad de evitar la tensión en el sitio de la anastomosis, pues de lo contrario el fracaso es inminente. Esta consideración limita generalmente el uso de duodeno, prefiriéndose la anastomosis coledoco o hepatoyeyunal en Y de Roux ([8,9]) (Fig. 1).

Otra determinante del pronóstico de la reconstrucción biliar la constituye el sitio de la estrechez, siendo la zona hiliar la que presenta mayores dificultades técnicas que se ven acentuadas por la presencia de retracciones y áreas

(1) *Trabajo Ganador Premio Kaelin 95 Nivel A - Hospitales Nacionales.*

(*) *Médicos de Unidad de Radiología Vascular e Intervencionista. (URVI)*
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. *IPSS - Lima 11 - Perú*

de fibrosis que enmascaran importantes estructuras vasculares y biliares cuando se han efectuado cirugías previas ([8,9]) (Fig.2).



Fig. 1.- Anastomosis biliodigestiva en Y de Roux



Fig. 2.- Anastomosis biliodigestiva reoperada en múltiples ocasiones, estenosada, con gran reacción fibrótica y adherencias

Estas técnicas alcanzan, en manos de un cirujano experimentado, un éxito reparador del 65-85% en el primer intento. Sin embargo, del 10 al 30% de estos pacientes reestenosan y conforme aumenta el número de intervenciones quirúrgicas el porcentaje de éxito va disminuyendo y la mortalidad alcanza el 7-13% en relación al deterioro clínico ([9]).

La colangioplastía percutánea es la dilatación de las vías biliares bajo guía fluoroscópica que apareció como una extensión natural del drenaje biliar externo y extrapolación de la angioplastía percutánea.

En 1975, Burhenne aplica por primera vez una técnica no quirúrgica de dilatación de una estrechez biliar, a través del trayecto de una sonda en T (dren de Kher).

En 1978, Molnar y Stockum realizan la dilatación de vías biliares a través de un acceso percutáneo transhepático con un catéter balón, dando origen a la técnica que se usa actualmente, llamada colangioplastía percutánea (CP) ([10]).

Diferentes publicaciones señalan un éxito global del 70-92% de este procedimiento, sin embargo, al examinar los resultados en relación a la localización de la estenosis, las de la zona hiliar (de muy difícil acceso para el cirujano e inaccesible para el endoscopista) presentan un éxito del 100%, sin casos de mortalidad y baja tasa de complicaciones, la mayoría de éstas de fácil control.

El presente trabajo documenta la aplicación de esta técnica en la Unidad de Radiología Vascular e Intervencionista (URVI) del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en 10 pacientes con estrechez de la anastomosis hepato-yeyunal en quienes la colangioplastía percutánea resultó un método seguro, altamente eficiente y en algunos casos, la única alternativa de tratamiento.

PACIENTES Y METODOS

Entre abril de 1994 y julio de 1995 se admitió en la URVI 10 pacientes (9 mujeres y 1 varón), con edades entre 31 y 70 años que presentaron signos de ictericia y colangitis a repetición y antecedentes de 2 o más cirugías biliares, en los cuales se confirmó mediante la colangiografía transparietohepática, la presencia de estrechez de la derivación bilio entérica situada a nivel del hilio hepático. En todos los casos, la estrechez era post-quirúrgica y ninguno presentaba signos que sugirieran la presencia de un proceso maligno. (tabla 1)

Se requirió antes del procedimiento: ayuno e historia clínica completa que incluyera perfil de coagulación dentro de límites normales.

Los pacientes en estudio se encontraban recibiendo antibióticoterapia para el tratamiento de colangitis y/o sépsis.

Se usó sedación con narcóticos y sedantes endovenosos (Demerol y Diazepam en dosis fraccionadas) durante el procedimiento.

Técnicamente la CP se realizó en las siguientes etapas: (Caso 1).

1) **Colangiografía Transparieto Hepática (CTPH):** Inicialmente se procede a realizar una CTPH con lo cual se obtiene información de la anatomía del árbol biliar intrahepático y la permeabilidad a través de la anastomosis bilio entérica (fig. 1A - Caso 1).

TABLA 1

Nº	Sexo	Edad	Cirugías Previas	Intervalo DBE-CP(días)
1	F	64	2	12
2	F	42	5	15
3	F	49	1	6
4	F	42	2	9
5	F	43	4	3
6	F	79	3	30 *
7	F	39	2	7
8	M	64	1	7
9	F	63	1	6
10	F	50	2	6

* La paciente viajó fuera de Lima luego del DBE y a los 30 días se realizó la CP



Fig. 1A.- CTPH. *Marcada dilatación de vías biliares intrahepáticas con escaso pasaje del contraste hacia el yeyuno debido a la estrechez de la anastomosis bilio entérica.*

2) **Drenaje Biliar Percutáneo (DBP):**
Una vez confirmado el diagnóstico y durante la misma sesión se realiza el DBP que permite descomprimir el árbol biliar, aliviar el episodio de colangitis y conseguir la maduración del trayecto, a través del cual se realizará la dilatación.

3) **Colangioplastía Percutánea (CP):**
Luego de unos días (7-10 d) con el paciente en mejor condición clínica y usando el trayecto transhepático del drenaje:

- Se transpone la estenosis con guía hidrofílica y catéter de pequeño calibre (5 - 7 Fr).
- Se dilata la estrechez con catéter balón de 5 y 8 mm sucesivamente bajo guía fluoroscópica insuflándose aproximadamente en 30 segundos hasta lograr su máxima expansión u observar la desaparición de la estenosis (Fig. 1B - Caso 1).

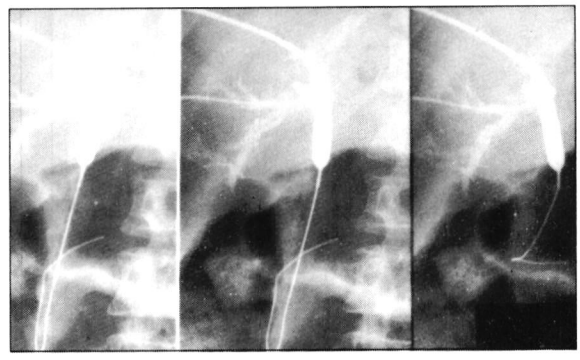


Fig. 1B.- CP. *Dilatación progresiva con catéter balón de 5 mm de diámetro, notándose el dibujo de la estrechez en el perfil del balón, la cual desaparece con el aumento de presión.*

- Se instala un catéter tutor de 12 Fr con múltiples orificios por arriba y debajo del segmento dilatado que permita un drenaje biliar a través de él en forma fisiológica. El tutor moldea la cicatrización alrededor del mismo, condicionando la formación de un calibre similar al de éste (Fig. 1C - Caso 1).

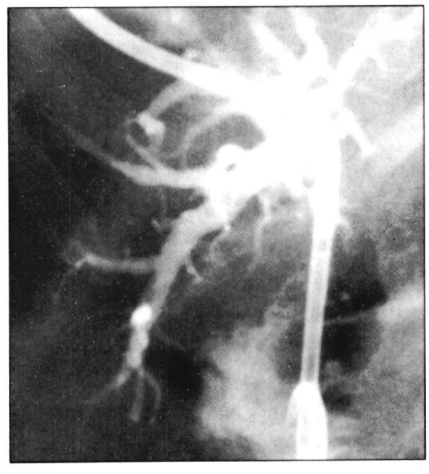


Fig. 1C.- *Colocación del tutor. Se deja el catéter de drenaje 12 Fr. con múltiples orificios en ambos lados de la estrechez. El extremo del catéter se cierra, permitiendo un drenaje biliar interno.*

- Los pacientes fueron controlados en forma ambulatoria cada quince días, con fluoroscopía o ecografía para verificar la posición y permeabilidad del tutor.
- A los tres meses se retira el tutor, previa verificación de la patenticidad de la anastomosis (Fig. 1D - Caso 1).

4) **Seguimiento:**
Mediante controles ecográficos y clínicos al mes, 6 meses y al año de retirado el tutor.

Todos los procedimientos fueron realizados por los autores.

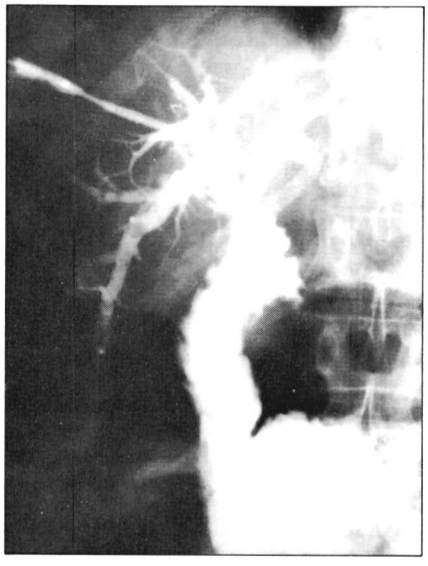


Fig. 1D.- *Control de retiro del catéter: A los tres meses de la CP, se retira el tutor, opacificando luego el árbol biliar, se nota un excelente pasaje del contraste a través de la anastomosis hacia el yeyuno.*

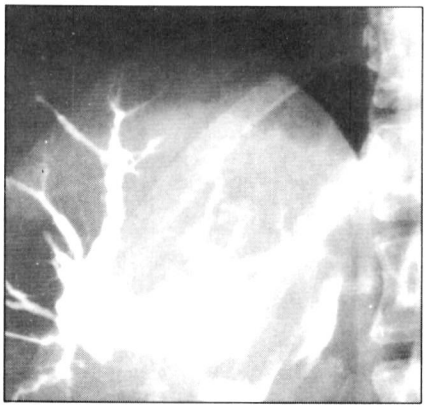


Fig. 2A.- *CTPH. Se aprecia dilatación de las vías biliares intrahepáticas perihiliares que contrasta con la escasa dilatación intrahepática periférica, esta imagen añadida al pequeño tamaño del hígado, nos indica cronicidad y cirrosis biliar. Nótese la marcada estrechez de la anastomosis bilio entérica con pasaje filiforme del contraste hacia el yeyuno.*

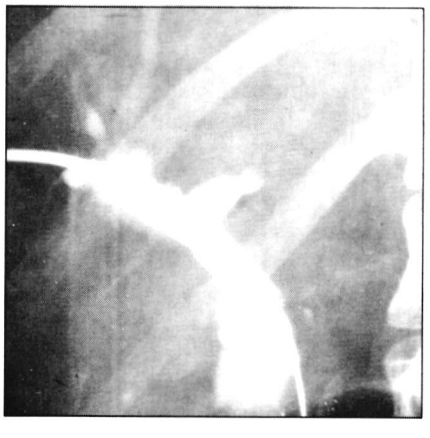


Fig. 2B.- *CP. Dilatación de la estrechez de la anastomosis con catéter balón de 8 mm. de diámetro.*

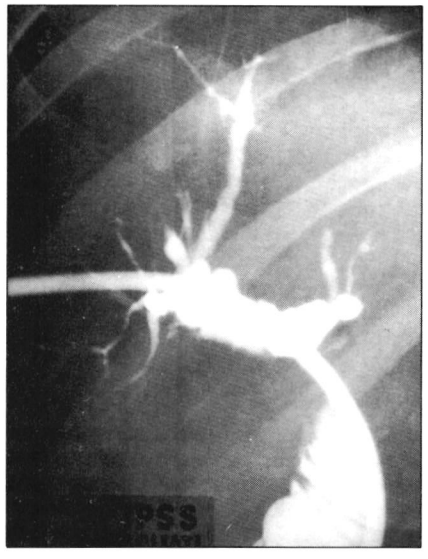


Fig. 2C.- *Colocación del tutor. Después de dilatar la estrechez se coloca catéter de drenaje interno-externo o tutor 12 Fr., evita que la cicatrización fibrosa cierre la anastomosis.*

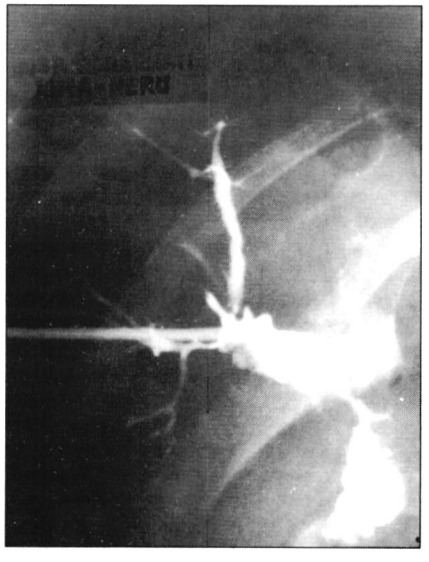


Fig. 2D.- *Retiro del tutor. Se consigue aumentar el calibre del trayecto de la anastomosis, mejorando el pasaje del contraste hacia el yeyuno. La persistencia de una morfología biliar intrahepática alterada se correlaciona con la afectación parenquimal crónica.*

RESULTADOS

De los 10 pacientes; 9 presentaron antecedentes de colecistectomía y uno, cura quirúrgica de quiste hidatídico hepático.

Ocho pacientes presentaron entre 2 y 5 cirugías previas del tracto biliar y dos una sola intervención.

Para realizar la colangioplastía se usó el mismo abordaje que para el DBP, excepto en 2 pacientes que requirieron otra ruta transhepática, ya que la primera no permitía transponer la zona estrechada. En una paciente este segundo abordaje fue por el lado derecho y en la otra por el izquierdo quedando los tutores en estos últimos accesos (Caso 3).

Todos los pacientes mejoraron en relación a los síntomas y los niveles de bilirrubina sérica descendieron a nive-

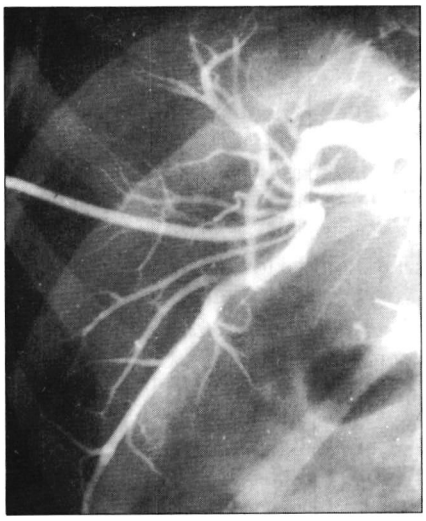


Fig. 3A.- *DBP. Se observa catéter de drenaje en buena posición que permite controlar la colangitis. Nótese ausencia total del pasaje del contraste hacia el yeyuno.*

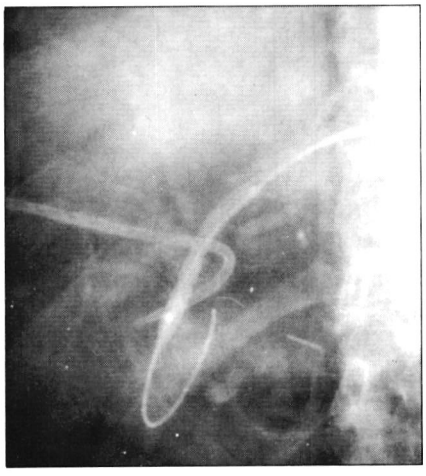


Fig. 3B.- *DBP. Se realiza acceso izquierdo al no ser posible negociar la estrechez por vía derecha. Se nota la dilatación con catéter balón de 8 mm.*

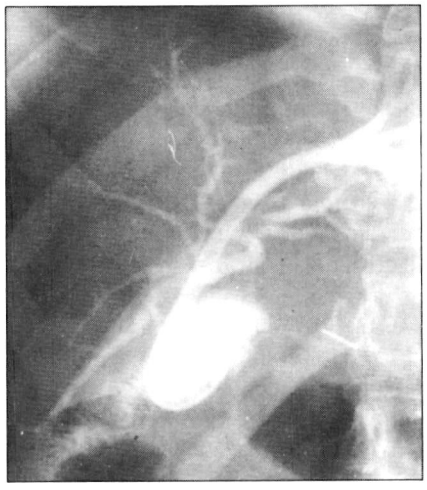


Fig. 3C.- *Colocación de tutor. Retirado el drenaje biliar derecho y luego de la dilatación se instala un catéter tutor de 12 Fr. por vía izquierda.*

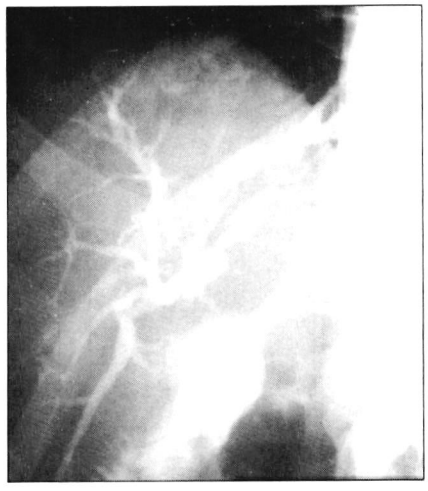


Fig. 3D.- *Control Final. Se retira el tutor, apreciandose un buen pasaje del contraste hacia el yeyuno.*

les normales. Ningún paciente presentó cuadro de ictericia o signos sugestivos de colangitis durante el período con el tutor. Durante la permanencia de éste una de nuestras pacientes presentó litiasis intraductal que ya se había descubierto antes del procedimiento, por lo que se colocó un stent metálico. Ninguno de los tutores se desplazó, ni obstruyó en tal magnitud que constituyera una complicación. En los controles se constató en algunas ocasiones desprendimiento del punto de fijación a piel que fue nuevamente colocado.

Se presentó un caso (1/10) de hematoma de pared autolimitado y otro con dolor abdominal y torácico moderado que requirió de antálgicos fuertes y cedió a las 24 hrs.

En cuanto a complicaciones inmediatas al procedimiento, en probable relación a la cobertura antibiótica amplia que recibieron todos los pacientes, no hubieron casos de sepsis. No hubo mortalidad.

Todos los pacientes realizaron sus actividades cotidianas, sin restricción alguna, durante la permanencia con el tutor. Actualmente sólo una paciente permanece con el tutor que le fue colocado en junio del 95. De los nueve pacientes restantes solo una ha presentado dos episodios de ictericia leve luego del retiro del tutor, no requiriendo de colocación de drenaje por la rápida recuperación.

El seguimiento de los diez pacientes puede apreciarse en la tabla 2.

TABLA 2

Paciente	Fecha de Retiro	Condición Actual
1	julio 94	12 meses asintomático
2	noviembre 94	8 meses asintomático
3	noviembre 94	8 meses asintomático
4	enero 95	6 meses asintomático
5	enero 95	6 meses asintomático
6	abril 95	3 meses asintomático
7	abril 95	3 meses asintomático
8	abril 95	3 meses asintomático
9	mayo 95	7 semanas asintomático
10	con tutor desde junio 95	3 semanas asintomático

DISCUSION

Las estenosis biliares benignas ocurren en un 97% de los casos por lesión accidental durante los actos quirúrgicos ([1, 2, 3, 4]). En una revisión de 958 pacientes, Warren y Col. encontraron que el 97% de las estrecheces biliares estaban relacionadas a cirugía biliar electiva ([1]).

Las estenosis también pueden ocurrir como resultado de trauma abdominal cerrado y por procesos inflamatorios como pancreatitis, en la región del conducto biliar ([11, 12]).

Las estenosis son probablemente causadas por trauma directo al tracto biliar o por interrupción del aporte sanguíneo a él, con la isquemia subsecuente ([13, 14]).

Esta complicación ocurre en una de cuatrocientas colecistectomías convencionales y 1 de 200 laparoscópicas ([5, 6, 7]).

La ocurrencia del daño ductal es reconocida en el momento del acto quirúrgico en aproximadamente el 25% de los casos y, por lo general, la reparación se intenta inmediatamente. En el post-operatorio inmediato el 33% del grupo de pacientes desarrollarán sus estenosis después de los 6 meses a 25 años o más y usualmente se manifestarán por colangitis o ictericia ([4]).

Si estas estrecheces no son corregidas, los pacientes cursarán con cuadros obstructivos a repetición, cirrosis biliar y muerte por sepsis o insuficiencia hepática.

La reparación quirúrgica reportada con diversas técnicas se logra en el 65-85% de los pacientes.

Muchos factores influencian el resultado de la cirugía ([5,6,15]), tales como:

- El grado de colangitis, peri colangitis y la cicatrización peri ductal.
- El número de intentos reparativos previos.
- Localización anatómica de la estenosis.
- El intervalo entre la injuria y la reparación.
- La experiencia y habilidad técnica del cirujano.

El primer intento de reparación quirúrgica es el que ofrece la mayor posibilidad de éxito. Después del 3er. intento el éxito alcanzado no llega al 60% ([1]).

La anastomosis colédoco-yeyunal o hepático-yeyunal con reconstrucción en Y de Roux tiene mejores resultados que la colédoco duodenostomía, las anastomosis término-terminales del conducto biliar o la anastomosis ductal intrahepática ([1, 4, 16]).

La estrechez se resuelve mejor cuando existe suficiente conducto biliar remanente que permita una anastomosis de mucosa a mucosa libre de tensión ([8]).

La reparación quirúrgica está asociada a un 25% de morbilidad y 13% de mortalidad en relación a la presentación de estos pacientes con daño hepático, hipertensión portal y colangitis ([17,18,19]). La complicación por sepsis es corriente por la colonización bacteriana en el conducto biliar en la mayoría de los pacientes con estenosis post quirúrgica.

Las estenosis recurren luego de la cirugía en el 10-30% de los pacientes. Dos tercios de estos casos se presentan dentro de los 2 - 3 años después de la última cirugía, el 80% dentro de los 5 años y algunos demoran hasta 20 años, lo que implica la necesidad de seguimiento a largo plazo.

Las complicaciones publicadas asociadas a la colangioplastía varían de ninguna ([9]) a 24.3% ([20]). La mayoría son fiebre, escalofríos y sepsis post-procedimiento. No se ha reportado ningún caso de muerte post-colangioplastía.

Los éxitos reportados de la colangioplastía en las 4 series radiológicas más grandes varían entre 67 al 85% con períodos de seguimiento entre los 15 meses y 3 años en un total de 177 pacientes ([9, 20, 21, 22]). Estos estudios incluyeron casos de colangitis esclerosante, estenosis post-quirúrgicas primarias y de anastomosis bilioentéricas.

Sin embargo existe la tendencia actual de separar los trabajos según sea la localización de la zona de la estenosis, para mejor comparación con otro tipo de terapéutica. Se han separado las estrecheces según su situación en cuatro grupos (Fig.1):

1) Zona 1 intrahepática.
2) Zona 2 extrahepática-extrapancreática.
3) Zona 3 intrapancreática.
4) Zona 4 anastomosis bilio-entérica.

El tratamiento quirúrgico de la estenosis en la zona 1 es muy difícil, requiere de anastomosis hepato-yeyunales y colocación de prótesis por tiempo prolongado ([4,23]). Por estas dificultades y los excelentes resultados obtenidos con el método de radiología intervencionista el tratamiento de elección debe ser éste.

Las estenosis de la zona 2 y 3 tienen muy buenos resultados con tratamiento endoscópico.

Los pacientes con estenosis en la zona 4, aquellos en quienes justamente ya se hizo un intento de reparación quirúrgica no exitosa, y el tratamiento endoscópico es inaccesible, son motivo de nuestro estudio. Los reportes indican para esta zona éxitos del 75-100%.

Si bien los períodos de seguimiento aún son cortos, nueve de los 10 pacientes están asintomáticos. Una de nuestras pacientes presentó a los 2 meses, de retirado el tutor, un cuadro de colangitis que cedió con tratamiento antibiótico. Se le realizó una CTPH, apreciándose la permeabilidad de la anastomosis, por lo que se consideró realizar una biopsia hepática, para determinar el grado de daño parenquimal en ella.

Las razones por las que las estenosis de las anastomosis tienen una respuesta más favorable que las que comprometen al conducto biliar nativo aún no están aclaradas. Oleaga y Col. ([26]) postulan que estas estenosis y las del conducto biliar cortas resultan de un cuadro de isquemia que produce una disminución simétrica y focal, que puede ser dilatada eficientemente, mientras que las lesiones de las vías biliares que son producidas por suturas o injurias

en un lado del conducto, siendo excéntricas, durante la dilatación, la pared opuesta normal de estas estrecheces sólo se distiende sin producirse una dilatación efectiva.

Ya que las estenosis tienden a recurrir, varios trabajos señalan la, importancia de emplear catéteres tutores externos, que mantengan el acceso a la zona estenosada ([20, 22, 24, 25]). El calibre del tutor utilizado varía según los diferentes autores ([22, 24, 25, 27]). Nosotros usamos en todos nuestros pacientes tutores de 12 Fr. que proveen un adecuado acceso biliar y mantienen un lumen permeable. Es consenso, ([22, 24, 27]) la necesidad de la permanencia del tutor por un tiempo prolongado, pues excepto en ciertos casos, las estenosis se colapsan alrededor del tutor inmediatamente después de concluido el procedimiento, cuando se dilatan con balones de 8 a 10 mms.

Aunque el tiempo de permanencia del tutor varía entre 1.5 y 6 meses ([20, 22, 24, 25]) nuestros pacientes quedaron con el tutor por tres meses y luego se retiraron previa verificación de un lumen adecuado de la anastomosis.

La reestenosis, según diferentes estudios, varía. William y Col. señalan el 22%, Cition y Col. el 29%, Gallecher y Col. el 31%, Muller y Col. el 34%. Los síntomas recurrentes aparecen desde el mes hasta los 3 años, luego de retirado el tutor. Todas las recurrencias pueden ser tratadas nuevamente con dilatación percutánea.

Aunque nuestros seguimientos aún son cortos, solo una paciente ha presentado nuevamente sintomatología, sin poder demostrarse en ella reestenosis. Ya que las recurrencias pueden ocurrir en cualquier momento, el seguimiento a largo plazo es imprescindible.

Si bien, no hemos realizado un análisis de costo directo, es obvia la mayor ventaja económica de este procedimiento en relación al tratamiento quirúrgico.

Los pacientes en quienes se realiza este procedimiento no requieren de cuidados especiales luego de la colangioplastía, y el número total de días de hospitalización es mucho menor de lo requerido por una cirugía de alto riesgo.

Todo esto hace que la CP sea el procedimiento de elección, cuyos resultados se evidencian clínica y radiológicamente desde la primera etapa del tratamiento (Caso 4).

Las complicaciones publicadas asociadas a la colangioplastía varían de 0% ([9,25]) hasta 47% ([20,24,26]). Las más frecuentes fueron fiebre, escalofríos y sepsis. Nosotros tuvimos el 27.6% de complicaciones de fácil control.

Respecto a las complicaciones inmediatas, los trabajos publicados reportan hasta el 24% de sepsis, a pesar de que todos los protocolos incluyen antibióticos profilácticos. El 84% de los pacientes con estenosis biliares tienen colonización con E. Coli aún sin evidencia clínica ([28]). Nuestros pacientes no presentaron casos de sepsis, posiblemente porque la dilatación se realizó cuando el cuadro de colangitis estaba completamente resuelto luego de la instalación del DBP.

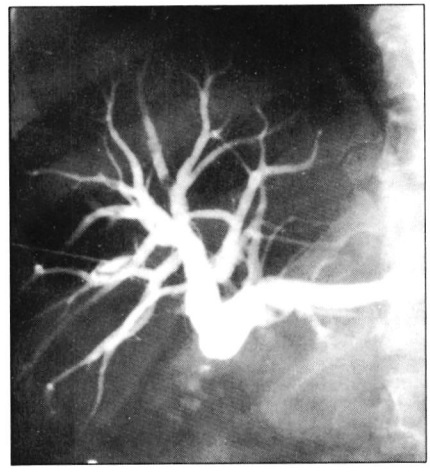


fig. 4A.- *DBP. Se observa catéter de drenaje en buena posición que permite controlar la colangitis. Nótese ausencia total del pasaje del contraste hacia el yeyuno.*

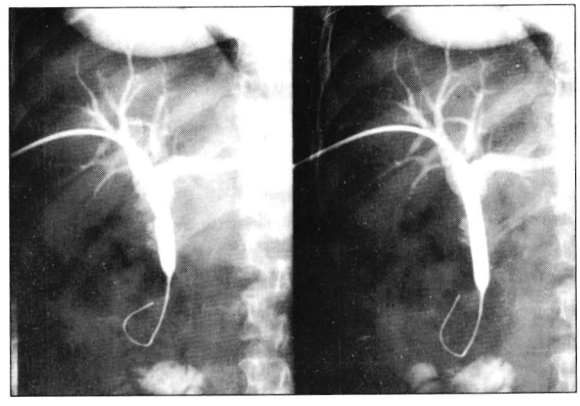


Fig. 4B.- *CP. Dilatación progresiva con catéter balón de 8 mm. de diámetro, se aprecia la cintura que se forma en el centro del balón debido a la cerrada estenosis y que finalmente es vencida. Se observa evidente disminución de calibre de las vías biliares.*

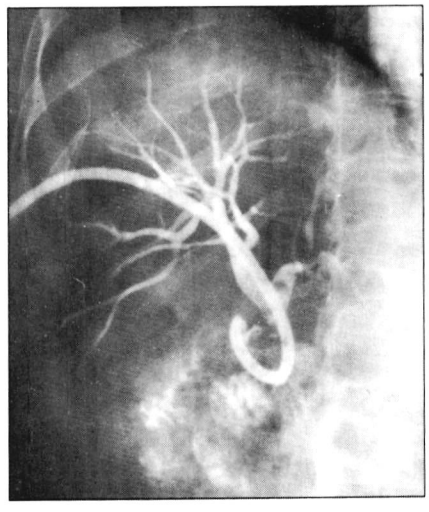


fig. 4C.- *Colocación de tutor. Se observa tutor en buena posición con buen pasaje de contraste hacia asa yeyunal.*

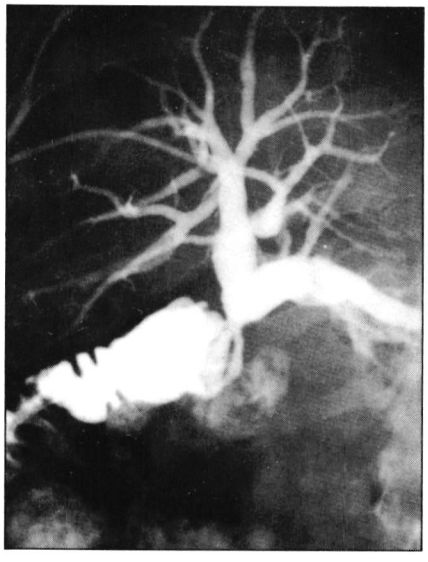


Fig. 4D.- Control post-retiro de tutor. Excelente pasaje del contraste a través de la anastomosis hacia el yeyuno.

Otra complicación importante es el sangrado, generalmente venoso y autolimitado. Se reporta hasta un 10.8% de sangrado arterial activo que requiere de tratamiento por embolización arterial. Hay mayor riesgo de injuria arterial en pacientes con aumento del flujo arterial hepático (ejemplo: cirrosis) o por formación de colaterales, en casos de obstrucción de la arteria hepática derecha (post-quirúrgica). Si se sospecha este problema, se recomienda colocar el tutor en el conducto hepático izquierdo. Ninguno de nuestros pacientes presentó problemas de sangrado activo, solo tuvimos un caso de hematoma de pared que ocurrió luego del drenaje biliar externo y se resolvió en 72 horas sin terapia especial.

La dilatación con el balón puede producir dolor moderado a pesar de la sedación, que cede inmediatamente después de desinflarlo. Nosotros tuvimos un caso que presentó por 24 horas dolor tóraco abdominal que requirió de tratamiento antálgico, luego del cuál cedió.

Una de nuestras pacientes (el caso 2) presentaba múltiples litiasis junto con su cuadro de ictericia y colangitis, descubierto al momento de realizar el procedimiento; luego de retirado el tutor se decidió colocar un stent metálico que proporcionara el lumen por el cual pudieran evacuarse por gravedad, Esta paciente no ha presentado síntomas durante el seguimiento.

CONCLUSION

La experiencia obtenida en estos 10 pacientes con estrechez de anastomosis bilio entéricas, localizadas a nivel del hilio hepático, ha sido bastante buena, obteniéndose en todos ellos una excelente respuesta al tratamiento de colangioplastía percutánea.

La dilatación percutánea de las estenosis biliares es un procedimiento seguro, con pocas complicaciones y de bajo costo. Para aquellos pacientes con intentos reparativos quirúrgicos previos, resulta la mejor y a veces única alternativa de tratamiento, más aún si existen factores que incrementen el riesgo de cirugía como colangitis o daño hepático.

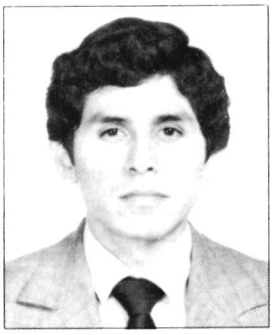
Aunque el tiempo y esfuerzo de este procedimiento es considerable, el tratamiento de esta patología benigna por su origen, pero maligna por su curso, es extraordinariamente recompensado.

Correspondencia:
Departamento de Radiodiagnóstico
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Jr. Edgardo Rebagliati s/n
Lima 11 - Perú

BIBLIOGRAFIA

1) **Warren KW, Mountain JC, Midell** AL: Management of Strictures of biliary tract. Surg. Clin. North. Am. 1971; 51: 711 - 731.
2) **Pitt HA, Miyamoto T, Parapatis SK, Tompkins RK**: Factors influencing outcome in patients with post-operative biliary strictures. Am. J. Surg. 1982; 144: 14 - 21.
3) **Kalman PG, Taylor BR, Langer B**: latrogenic bile-duct Strictures. Can. J. Surg. 1982; 25: 321 - 324.
4) **Way LW, Bernhoft RA, Thomas MJ**: Biliary Stricture. Surg. Clin. North Am. 1981; 61: 963 - 972.
5) **Gold MS, Glerdman ML:** Management of biliary Strictures. In: Nayarian JS. Delaney JP, eds. Advances in hepatic, biliary and pancreatic surgery. Chicago: Year Book, 1985; 309 - 317.
6) **Henry ML, Carey LC:** Complications of cholecystectomy. Surg. Clin. North Am. 1983; 63: 1191 - 1204.
7) **The Southern Surgeons Club**: A prospective analysis of 1518 Laparoscopic Cholecystectomies. N. Engl. J. Med. 1991; 324: 1075 - 1078.

Cirugía Cardiaca en Pacientes de Altura(1)



*Drs. Juan Sanchez A. *, Freddy Montero M. **, Enf. Marcia de Cassia S. ***.*

RESUMEN

La cirugía cardiaca en altura (por encima de los 3,000 m.s.n.m) encierra muchas interrogantes por el aún incompleto conocimiento de la anatomía, fisiología, y las variables patológicas de las personas que se someten a este tipo de intervenciones. Es por ello que en el Hospital III IPSS-Huancayo iniciamos el estudio de estas variables basados en la observación que los investigadores han realizado en el habitante de altura y los fenómenos presentados en nuestros primeros casos. El objetivo fue determinar las principales diferencias entre la cirugía a nivel del mar respecto a aquella realizada en la altura, y cuales serían las principales recomendaciones sobre el pre, trans y post operatorio de la cirugía cardiaca en este diferente ambiente natural. Entre diciembre de 1993 y enero de 1995, se realizaron 28 cirugías cardiacas en el Hospital III IPSS-Huancayo, siendo 14 cirugías valvulares y 14 de cardiopatías congénitas, 21 realizadas bajo circulación extracorpórea y 7 sin extracorpórea, con edades entre los 02 y 60 años, 16 pacientes fueron de sexo femenino y 12 masculino. Todos ellos fueron evaluados bajo un protocolo de exámenes pre-operatorios, los cuáles durante el presente estudio fueron comparados y adecuados a las características y variables fisio-patológicas del habitante de altura. La evaluación diagnóstica definitiva de todos los pacientes fue a través de ecocardiografía. Los resultados más importantes fueron: lograr una mortalidad del 0%, haber identificado algunos de los principales factores de riesgo, describir las variables fisiológicas y su interpretación en la evolución de estos pacientes para así disminuir la estancia hospitalaria. Creemos sin embargo que las investigaciones sobre el reconocimiento y manejo de estas patologías deben continuar a la luz de observaciones científicas multidisciplinarias que apoyen a la cardiología y cirugía cardiovascular en el entendimiento de los fenómenos que ocurren en esta población cuando son tratados en su propio habitat de vida.

Palabras Claves: Cirugía Cardíaca, altura

CARDIOSURGERY IN HIGH-ALTITUDE PATIENTS

SUMMARY

High-altitude cardiosugery (over 3,000m a.s.l.) comprises many questions because of the knowledge, still incomplete, about anatomy, phisiology and patological variables of people undergoing this particular kind of intervention. For that reason, a study of these variables based on an absservation made by researchers of high-altitude inhabitants and phenomena occurred in our first cases was started at Hospital III IPSS-Huancayo. The goal was to determine the main differences between at-sea-level surgery and high-land surgery and establish which could be the main recomendations for pre, trans and posoperative stages of cardiosurgery in such a different natural environment. Between December of 1993 and January of 1995, 28 cardiosurgeries and 14 congenital cardiophatic surgeries, 21 of them made under extracorporal circulation and 7 without it, the ages being between 02 and 60 years, 16 been female patients and 12 male patients. All of them were evaluated under a protocol of preoperative tests, which during this study were compared and adapted to the phisiopatological features and variables of high-altitude in habitants. The ultimate diagnostic evaluation of all the patients was made by ecocardiography. The most important results were as follows: to achieve a mortality of 0%, to identify some of the main risks factors, to describe the phisiological variables and their interpretation in the evolution of such patients in order to reduce the hospital stay. We think however that the studies about identification and management of these patologies must continue in the ligh of multidisciplinary scientific observations supporting cardiology and cardiovascular surgery in the understanding of the phenomena occuring in such population whenever it is treated in its own habitat.

Key words: Surgery Cardiac, high altitude.

INTRODUCCION

Realizar cirugía cardiaca en la altura significa en nuestro medio una rutina poco conocida, no solo por sus escasos antecedentes (cirugía cardiaca en los hospitales de Chulec y Arequipa), sino por la falta de información acerca del comportamiento del habitante de altura que se somete a una cirugía de este tipo, en su propio medio. Lo cual incluye diferencias anatómicas, fisiológicas, en la evolución natural de muchas enfermedades cardiovasculares adquiridas y congénitas e inclusive factores socio culturales que crean en el individuo y su familia diferentes expectativas.

El estudio de la vida en la altura y más aún de la enfermedad cardiovascular, tienen la misma complejidad que el estudio del hombre a nivel del mar, pero en esto estamos aún muy lejos de alcanzar una comprensión adecuada.

(1) *Trabajo Ganador Premio Kaelin 95 Nivel B - Hospitales II y III. -* ***Hospital Nacional III.*** *IPSS. Huancayo - Perú*
(*) *Cirujano Cardiovascular.*
(**) *Cardiólogo*
(***) *Enfermera*

El Perú es un país andino, tiene por este motivo muy peculiares características geopolíticas, sociales y culturales sobre todo en las poblaciones situadas por encima de los 3,000 metros de altura, cuyos habitantes residentes permanentes constituyen un laboratorio natural del efecto crónico de la altitud sobre el organismo y para los cuales si hablamos de cirugía cardiaca el factor ambiental constituye también un elemento determinante de sus posibles variaciones evolutivas.

Carecemos de mapas epidemiológicos nacionales, principalmente cardiológicos, de registros confiables y estadísticos, es por ello que solo suponemos algunas veces con acierto y otras equivocadamente las incidencias de nuestras principales cardiopatías, sobre todo en lugares donde la salud no ofrece una adecuada cobertura como sucede en casi toda nuestra sierra y selva. Por ejemplo suponemos que el mayor daño cardiológico en estas regiones sea valvular, como consecuencia de una enfermedad reumática crónica conocida como fiebre reumática, suponemos que algunas cardiopatías congénitas tengan mayor incidencia en lugares donde la altitud y la hipoxia sean el factor determinante, suponemos también aunque en forma equivocada que en la sierra no existe cardiopatía isquémica coronaria, enfermedad que se presenta cada vez con mayor frecuencia sobre todo en las principales capitales de nuestra serranía donde los hábitos modernos han comenzado a generar los mismos factores de riesgo que a nivel del mar.

Es por ello que este trabajo pretende reunir información que sirva a quienes en el futuro enfrenten el reto de estudiar las variaciones cardiológicas de seres humanos que tienen muchas más diferencias que solo 3,000 metros de altura sobre el nivel del mar.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en el Hospital III-IPSS de Huancayo localizado a 3,280 mts sobre el nivel del mar. Entre diciembre de 1993 a enero de 1995 siendo la población objeto de este estudio 28 pacientes provenientes de la misma ciudad y de otras localidades con niveles de altitud mayores a la ciudad de Huancayo (La Oroya, Cerro de Pasco, Huancavelica, etc).

Los 28 pacientes fueron sometidos a Cirugía Cardíaca, siendo 14 cardiopatías valvulares y 14 cardiopatías congénitas, 21 cirugías bajo CEC y 7 sin extracorpórea, las edades variaron entre 2 años y 60 años, siendo 16 pacientes de sexo femenino y 12 del sexo masculino.

Los pacientes fueron evaluados e indicada su cirugía a través de estudios ecocardiográficos y de acuerdo a los siguientes protocolos:

PROTOCOLO PRE OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

I) Definición:
Se definirá como la forma de manejo pre operatorio de la cirugía cardíaca para pacientes adultos y niños en forma general y específica según los antecedentes y/o factores de riesgo pre quirúrgicos.

II) Objetivos:
- Ofrecer una guía ordenada y simple para el desarrollo del pre-operatorio de cirugía cardíaca, desde la consulta médica, admisión, hospitalización, estancia e información acerca de su futuro post-operatorio.
- Disminuir los riesgos trans y post operatorios a partir de medidas y actitudes basadas en una correcta evaluación pre operatoria.
- Disminuir los costos de atención y hospitalización basadas en una adecuada indicación de exámenes auxiliares, indicación quirúrgica, y sobre todo prevención de los factores de riesgo.

III) División de acuerdo al tipo de cardiopatía:

IV) Diagnósticos que deberán contar en la Historia Clínica del Paciente:
1) Diagnóstico Clínico del tipo de cardiopatía.
2) Diagnóstico Radiológico.
3) Diagnóstico Electrocardiográfico.
4) Diagnóstico Ecocardiográfico.
5) Diagnóstico Hemodinámico por cateterismo cardíaco.(*)
6) Diagnóstico de otras enfermedades Asociadas.

V) Grado funcional según la NYHA

VI) Enfermedades asociadas más frecuentes:

VII) Antecedentes patológicos de importancia:

VIII) Exámenes auxiliares:
1) Electrocardiograma; 12 derivaciones.
2) Radiografía de tórax; PA y perfil izquierdo.
3) Ecocardiograma Bidimensional Doppler
4) Estudio Hemodinámico por Cateterismo cardíaco.
5) Exámenes de Laboratorio:
5.1) Hemograma Completo
5.2) Grupo y factor sanguíneo.
5.3) Perfil de coagulación completo(**).
5.4) Examen de orina completo.
5.5) Gasometría arterial (*)
5.6) Electrolitos (*)
5.7) Bioquímica:
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Perfil Lipídico (*)
- Acido Urico (*)
- Proteínas totales y fraccionadas (*)
- Pruebas de función Hepática (*)
- Depuración de Creatinina (*)

(*) Solicitudes de acuerdo a antecedentes y/o factores de riesgo del paciente.

(**) Se suma a este protocolo, exámenes hematológicos dependientes de la característica del habitante de la altura que muestran un menor potencial procoagulante, niveles de factor V debajo del límite inferior normal niveles de plasminógeno por encima del valor normal al igual que la antitrombina III. Recordando el efecto activador sobre el tiempo de protrombina que ejerce la baja temperatura.

Esquema mínimo a ser realizado en paciente en el pre-operatorio:
- Tiempo de Protombina.
- Tiempo de Tromboplastina parcial activado.
- Tiempo de Trombina.
- Dosaje de Fibrinógeno.
- Determinación del Factor V.
- Recuento directo de Plaquetas usando microscopio de contraste de fase.

IX. Cronograma para el ingreso del paciente al servicio de cirugía cardiovascular:

X. Preparación Pre-operatoria general

XI. Preparación especial de los pacientes de acuerdo a sus antecedentes o factores de riesgo

XII. Material necesario a solicitar de acuerdo al antecedente o factor de riesgo.

PROTOCOLO TRANSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA.

I. Revisión del material y equipos necesarios para cirugía cardiaca
II. Preparación del paciente en sala de operaciones.
III. Inducción anestésica.
IV. Indicaciones generales.
V. Indicaciones específicas.
VI. Preparación del paciente para circulación extracorpórea.
VII. Preparación del paciente en reoperaciones.
VIII. Método de circulación extracorpórea.
IX. Heparinización.
X. Protección miocárdica.
XI. Neutralización de la heparina.
XII. Cuidados trans-operatorios.
XIII. Transporte del paciente de sala de operaciones a UCI.

- Dentro de este protocolo se debe destacar que en aquellas cirugías con CEC, el método usado fue la normotermia o hipotermia leve. Estando la protección miocárdica basada en una solución cardiopléjica sanguínea-oxigenada-normotérmica- con lidocaína, ofreciendo los resultados que al final se comentan.

TABLA 1

Casos	Nºde Prótesis Valvulares	Nº de Plastías Comisurotomía	Total de Pacientes
Válvula Mitral	04	02	04
Válvula Aortica	03	00	03
Válvula Mitro Aortica	10	00	06
V. Mitro Aorto Tricusp.	02	01	01
TOTAL	**19**	**03**	**14**

TABLA 2

Cardiopatías Congénitas	Corrección Definitiva	Corrección Paliativa	Total
Acianóticas			
con CEC	06	00	06
sin CEC	07	00	07
Cianóticas			
con CEC	01	00	01
TOTAL	**14**	**00**	**14**

En cuanto al aspecto hematológico decidimos evitar la excesiva administración de cristaloides prefiriendo el uso de coloides plasmáticos. Esta rutina sirvió para corregir los posibles defectos de coagulación en el pre-operatorio, toda vez que ya nuestro esquema está basado en la profilaxia y no en el tratamiento de la complicación hemorrágica. Debido a nuestra falta de experiencia el conocimiento con la evolución de la heparinemia en la altura decidimos acompañar los niveles de heparina en todo procedimiento

DIAGNOSTICO Y EDAD DE PACIENTES:

Casos	Diagnóstico	Edad (Años)
1	PCA	07
2	CIV	14
3	V. M-Ao-T	21
4	V. M-Ao	16
5	V. M-Ao	17
6	V.M	31
7	PCA	19
8	PCA	20
9	V. Ao	38
10	T4 Fallot	06
11	V. M-Ao	60
12	V. M	36
13	CIA	08
14	CIV	14
15	PCA	18
16	PCA	02
17	V. M-Ao	32
18	PCA	05
19	CIV	12
20	CIA	15
21	CIA	14
22	V. M-Ao	52
23	V. Ao	58
24	V. M.	43
25	V. Ao	42
26	PCA	08
27	V. M-Ao	56
28	V. M.	23

extracorpóreo con determinaciones seriadas del tiempo de coagulación activada (TCA). La dosis administrada a los pacientes que se sometían a cirugía cardiaca con CEC se estandarizó en 3 miligramos/ Kg de peso, juzgamos esta una medida fundamental para evitar el consumo de factores de coagulación por déficit de heparina o inducir hemorragias por exceso de la misma.

Creemos que nuestros resultados servirán de referencia para la discusión "De los pacientes de altura aparentemente normales" en los cuales encontramos una tendencia a la hipo-coagulación, pudiendo presumir que los casos de valvulopatías crónicas con antecedentes de descompensación cardíaca o en casos de cardiopatías congénitas cianóticas esta tendencia será más marcada.

PROTOCOLO POST OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

I. Recepción del paciente en UCI.
II. Unidad de Cuidados Intensivos Post-Operatorios cardiacos
III. Monitorización hemodinámica no invasiva.
IV. Monitorización hemodinámica invasiva.
V. Manejo Post-Operatorio indicaciones y prescripciones.
VI. Cuidados post-operatorios.
VII. Manejo de las complicaciones y fenómenos post-operatorios.

Dentro de este protocolo consideramos necesario realizar una correlación entre los valores laboratoriales y de otros exámenes auxiliares respecto a lo que puedan significar una diferencia entre el paciente a nivel del mar con el paciente de altura, lo que muchas veces puede ser motivo de conductas equivocas por el solo hecho de no considerar que muchas de las variaciones son fisiológicas y/o anatómicas del hombre habitante de altura normal.

Podemos agrupar a las principales variaciones desarrolladas por este factor ambiental en :

- Hematológicas.
- Respiratorias.
- Laboratoriales.
- Hemodinámicas.
- Aspecto Socio-Cultural.

Asimismo, preferimos coordinar con el anestesiólogo, un tipo de anestesia que permita la extubación terminada la cirugía en sala de operaciones o precozmente en la unidad de cuidados intensivos, basados en criterios clínicos, saturación de O_2 y PCO_2. Observando un bajo índice de complicaciones pulmonares secundarias a la ventilación mecánica, reducción del período de permanencia en UCI y de hospitalización y por consiguiente de los costos hospitalarios.

RESULTADOS

Los resultados podemos dividirlos en base a la mortalidad y morbilidad obtenida en esta serie de pacientes, así como el efecto de la protección miocárdica en aquellos pacientes que fueron sometidos a circulación extracorpórea.

Morbilidad.- En nuestra experiencia inicial se presentaron complicaciones trans y post operatorias, que posteriormente pudieron ser identificadas y tratadas adecuadamente, lográndose una importante disminución de las mismas en las intervenciones futuras. (tabla 3)

TABLA 3

Complicaciones	Nº	Causa
Sangrado Importante	08	Trastorno de Coagulación
Reoperaciones por sangrado	05	Trastorno de Coagulación
Accidente cerebrovascular	01	Embolia Aérea
Derrame pleural	03	Anemia, disminución de presión Oncótica, aumento de presión hidrostática.

Mortalidad.- En esta primera serie de 28 pacientes no hubo mortalidad, resultado obtenido principalmente por la planificación y el esfuerzo mancomunado del equipo médico y paramédico responsable por estos pacientes.

Tipo de Pacientes	Con CEC	Sin CEC	Total	Mortalidad
Valvulares	14	0	14	0
Cardiopatía Congénitos	07	07	14	0
TOTAL			28	0

Protección Miocárdica.- Cuyo objetivo principal es preservar la viabilidad del músculo cardíaco durante el período de parada cardiaca en circulación extracorpórea. Los parámetros usados para valorar este efecto fueron:

Protección Miocárdica	Valvulares	Congénitos
- Uso de Desfibrilador Interno	0	0
- Uso de Drogas Antiarrítmicas Intra-Op	0	0
- Signos de Bajo Débito Trans-Op	0	0
- Signos de Bajo Débito Post-Op	0	0
- Uso de Drogas Vaso Activas por Sind. de Bajo Débito	0	0

DISCUSION

El estudio de la vida en la altura y más aún de la enfermedad cardiovascular tienen la misma complejidad que el estudio del hombre a nivel del mar, pero en este estamos aún muy lejos de alcanzar una comprensión adecuada. Siendo el Perú un país andino tiene por este motivo muy peculiares características geopolíticas, sociales y culturales sobre todo en las poblaciones situadas por encima de los 3,000 m.s.n del mar cuyos habitantes residentes permanentes constituyen un laboratorio natural del efecto crónico de la altitud sobre el organismo y para los cuales si hablamos de cirugía cardíaca el factor ambiental en todas sus manifestaciones constituye también un elemento determinante.

Revisando las experiencias hematológicas, en el habitante de este medio natural, encontramos que desde el primer descubrimiento realizado, que demostró que el número de los glóbulo rojos y la hemoglobina eran mayores en los habitantes de la altura, que en los costeños, hasta los actuales conocimientos de una demostrada tendencia a la hipocoagulación que se correlaciona en forma inversa con el hematocrito, hubo una constante búsqueda de respuesta a las interrogantes de cuales serían los parámetros fisiológicos normales en estas personas. Si consideramos esta última información dentro una de las principales y más frecuentes complicaciones en la cirugía cardíaca, observaremos que ella acarrea no solamente un mayor riesgo de vida para los pacientes sino que aumenta el costo de procedimiento por mayores insumos así como por el período de internamiento, sin contar con las eventuales secuelas que también originan nuevas consultas o dolorosas y costosas rehabilitaciones.

Es decir que las ventajas del estudio de las condiciones hemostáticas y de las probabilidades de una prevención de las complicaciones hemorrágicas trae ventajas para el paciente, el médico y la administración del hospital.

Por ello es conveniente alertar al laboratorio para prestar atención especial a la relación anticoagulante/sangre que debe ser corregida en pacientes poliglobúlicos. Consi-

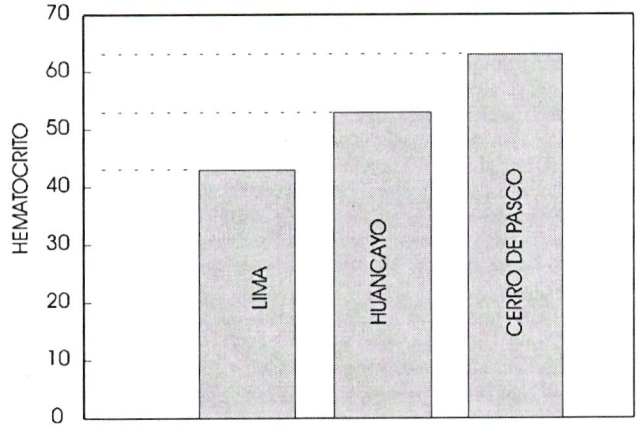
derando además que en estos se detecta una tendencia a la hipocoagulación, podemos presumir que en casos de valvulopatías crónicas con antecedentes de descompensación cardíaca o en casos de cardiopatías congénitas cianóticas esta tendencia será más marcada.

Desde el punto de vista de la circulación pulmonar, la fisiología respiratoria y de los gases sanguíneos, tenemos que en pacientes de altura la presencia de un arco medio prominente pierde el significado semiológico que habitualmente se le atribuye a nivel del mar, destacándose además la demostración hecha por el Dr. Arias Stella acerca de la existencia de una mayor musculatura en la capa media de la arteria y arteriolas pulmonares. Por otro lado es difícil valorar el signo radiológico de aumento de flujo pulmonar, ya que la rica vasculatura pulmonar característica del sujeto de altura dificulta su interpretación. Los aspectos fisiológicos de la respiración están relacionados principalmente con la presión barométrica, la cual disminuye proporcionalmente con la altitud y determina la presión parcial de los gases como el oxígeno y el anhidrido carbónico, creando con ello una diferencia en los valores considerados normales de la gasometría arterial a nivel del mar, observándose nuevos límites entre los valores normales y los patológicos (ver anexo IV).

IV. Comparación entre estudios de gasometría a nivel del mar - Huancayo (3,280 m.s.m.)

GASOMETRIA	LIMA	HUANCAYO
pH	7.4	7.4
PO_2	85 - 100	60 - 65
PCO_2	35 - 45	30 - 32
HCO_3	20 - 24	18 - 20
SAT. O_2	94 - 99	92 - 93
Ex. BASE	± 2	-4, -5

V. Niveles de hematocrito en varones nativos de diferentes altitudes



ANEXO IV

I. Características hematológicas del hombre andino.

- Policitemia.
- Mayor volumen sanguíneo: a expensas de mayor masa globular.
- Médula osea con hiperplasia eritroidea.
- Curva de disociación de la hemoglobina desviada a la derecha.
- Incrementa del 2-3 difosfoglicerato (DPG).
- Grupo Sanguíneo predominante «O» Rh positivo.
- Efecto activador del tiempo de protombina por baja temperatura.
- Tendencia a la hipocoagulación, correlación inversa al Hematócrito.

II. Características cardiocirculatoria del hombre andino.

- Hipertrofia ventricular derecha.
- Arco medio prominente.
- Mayor vascularización miocardica.
- Persistencia de muscularización de las arteriolas pulmonares.
- Hipertensión pulmonar: mayor presión del circuito arterial pulmonar.
- Presión sistólica baja.
- Corpúsculo carotideo de mayor volumen y con hiperplasia celular.

III. Características respiratorias del hombre andino:

- Capacidad vital incrementada: mayor capacidad pulmonar total.
- Mayor capacidad de difusión.
- Mayor volumen de los alveolos: incremento de la ventilación Alveolar.
- Incremento de los capilares tisulares (abiertos).
- Mayor volumen sanguíneo pulmonar.
- Menor gradiente de oxígeno alveolar arterial.
- Menor saturación de oxígeno arterial.

Por otro lado se observa una curva de disociación de la oxihemoglobina desviada hacia la derecha. Según la curva de Severinghaus que es una expresión de la relación del oxígeno con la hemoglobina en términos de porcentajes de saturación de la hemoglobina versus presión parcial del oxígeno, por lo que la posición de la curva de disociación es también una indicación de la afinidad del oxígeno por la hemoglobina. Cuando la curva se desvía a la derecha como es característico en el habitante de las grandes alturas, exis-te una disminución de la saturación y por consiguiente del contenido de oxígeno en la sangre pero se facilita la liberación de oxígeno a los tejidos.

En cuanto al aspecto socio cultural, realizar cirugía cardíaca en un medio ambiente donde el paciente está acostumbrado a desenvolverse, sin necesidad de ser transferido a un lugar lejano, ofrece mayor confianza y tranquilidad para la familia y el paciente mismo, porque disminuye la tensión en el medio familiar al ver favorecido la comunicación entre ellos y el médico, por otro lado algunos procedimientos paralelos como la donación de sangre, coordinación de las visitas, y satisfacción de algunas de las necesidades personales del paciente se ven también favorecidas

con este hecho. Sin contar con los gastos que genera el traslado de algún o algunos miembros de la familia, y el enfrentar la agitación de una gran ciudad como Lima.

VI. ALTITUD Y PRESION BAROMETRICA Y PRESION PARCIAL DE OXIGENO.

Ciudades	Altitud (mts)	PB (mmHg)	PIO_2 (mmHg)
	Nivel del Mar	760	156
Caracas	1000	674	141
México	200	585	122
Arequipa	2400	572	120
Bogotá	2600	560	117
La Paz	3000	522	109
Huancayo	280	505	106
La Oroya	3700	483	101
Morococha	4500	428	89

VII. FORMULA PARA CALCULAR LA PRESION PARCIAL DE UN GAS ATMOSFERICO:

$$P = PB \times \frac{\text{CONCENTRACION DEL GAS}}{100}$$

Ejemplo:

$$\text{HUANCAYO} : PO_2 = \frac{5505 \times 21}{100} = 106$$

DESCRIPCION DE ABREVIATURAS

- CEC = Circulación extra corporea.
- TCA = Tiempo de coagulación activado.
- PCA = Persistencia de conducto arterioso.
- CIV = Comunicación Inter ventricular.
- CIA = Comunicación Inter auricular.
- V.M-Ao-T = Valvulopatía Mitro aorto tricúspidea.
- V.M-Ao = Valvulopatía Mitro aorto.
- V.M. = Valvulopatía Mitral.
- V.Ao = Valvulopatía Aortica.
- T4 Fallot = Tetratogía de Fallot.
- PB = Presión Barométrica

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La experiencia de realizar cirugía cardíaca en la altura, representa un verdadero reto a la investigación de todas las variables anatómicas, fisiológicas y patológicas que se observan en el habitante de regiones por encima de los 3000 m.s el nivel del mar a su vez los resultados demuestran que esta es una posibilidad perfectamente viable que favorece no sólo al paciente que es tratado en base a sus verdaderos parámetros de adaptación a este medio, sino también a la política institucional que el IPSS procura al descentralizar la atención de salud.

Pensamos que la creación de protocolos basados en la realidad de este medio ambiente es la mejor medida para el desarrollo futuro de la cirugía cardíaca.

Recomendaciones :

- Realizar observaciones en base a los parámetros fisiológicos del habitante de la altura.
- Crear protocolos adecuados para esta realidad con los objetivos de ser guías simples y ordenados para el manejo de la cirugía cardíaca, de disminuir los riesgos en base principalmente a medidas profilácticas y disminuir los costos hospitalarios.
- Incentivar la investigación de los fenómenos cardiológicos clínicos y quirúrgicos.
- Propiciar reuniones multidisciplinarias que aclaren el entendimiento de las variaciones y fenómenos que ocurren cuando los enfermos cardiológicos son tratados en su propio habitat.

Agradecimiento:

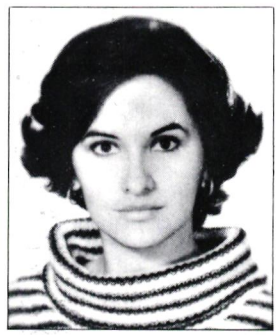
Al Dr. Ricardo Manrique Sipan por su confianza y valiosa ayuda de sus experiencias sobre el tema.

Correspondencia:
Dr. Juan Sanchez A.
Hospital III - IPSS - Huancayo - Perú

BIBLIOGRAFIA

1) **Instituto de Investigaciones de la Altura 1961 - 1986:** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Betaprint SRL. Lima. 1987.
2) **Instituto de Investigaciones de la Altura**: UPCH. Simposium: Contribución peruana al estudio de la biología de las grandes alturas. Homenaje al Prof. Alberto Hurtado, Premio Houssay 1972. Revista del Viernes Médico 1974; XXV: 23 - 28.
3) **Hurtado A**: Aspectos fisiológicos y patológicos de la vida en las alturas. Imprenta Rímac, Lima. 1937.
4) **Guerra García R**: La altura y el desarrollo de la ciencia en el Perú. Revista Médica Peruana. 1992; 64: 17 - 29.
5) **Frisancho D, Baker PT**: Altitude and growth. Am J Phys Anthrop. 1969; 32: 279 - 292.
6) **Velásquez T**: Algunos aspectos de la función respiratoria en la altura. Revista Médica Peruana 1992; 64: 15 - 19.
7) **Peñalosa D, Sime F, Banchero N, Gamboa R, Cruz J. Marticorena E:** Pulmonary hypertension in healthy men born and living at high altitudes. Am J. Cardiol. 1963; 11: 150 - 155.
8) **Arias Stella J, Recavarren S**: Right ventricular hypertrophy in native children living at high altitude. Am J Path. 1962; 41: 55.
9) **Berríos J, Coyotupa J, Kaneku L:** Secreción de gastrina en altura y a nivel del mar. Rev de Gastroent del Perú 1983 3: 33 - 37.
10) **Eguren VL**: Morfología histológica de la piel expuesta en grandes altitudes. Tesis Doctoral UNMSM, Lima 1972.
11) **Garmendia F**: La influencia de la altura sobre la historia natural de las enfermedades. Revista Médica Peruana. 1992; 64: 10 - 14.
12) **Picón Reátegui E**: Studies on the metabolism of carbohydrates at sea level and high altitude. Metabolism.1962; 11: 1148 - 1152.
13) **Jose Felix Patiño:** Fisiología de la respiración, gases sanguíneos e Insuficiencia Respiratoria.1986: 1 - 72.
14) **Gustavo Gonzales, Arturo Villena:** Contribución Peruana a la Hematología en poblaciones de altura: Revista Vida Institucional 1193; 2: 213 - 225.

Evaluación del Impacto en la Atención Médica por parte de los Programas Preventivos Promocionales(1)



*Drs. Ada Pastor G. *, José Castro Q. *, Norma Gallardo S**, Enfs. Margarita Burgos A. **, Sofía del Carpio F.**, Manuel Peinado L. **, Sonia Rojas A. **.*

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado en la Clínica IPSS "Luis Negreiros Vega" (LNV), con el objeto de evaluar el impacto en la atención médica de los programas Preventivos Promocionales de Salud. Intenta proponer un modelo de evaluación del Impacto en Salud que los programas han generado desde su creación. Para ello hemos realizado un estudio de corte longitudinal desde el año 1992 al primer semestre de 1995, con estudio de casos y controles, y la evaluación de la calidad de atención en los mismos con indicadores e instrumentos de evaluación. Se han encontrado programas que originaron un gran impacto positivo en la Atención Médica y fue logrado por los programas: Control de Enfermedades Diarreicas Agudas, Hipertensión Arterial, Medicina Alternativa, Salud Ocupacional y Salud Oral, disminuyendo la concentración en la atención por consultorios externos, y el consumo de medicamentos, rebajando días de inca-pacidad temporal para el trabajo y desapareciendo de las 10 primeras causas de morbilidad por demanda en consulta externa. Por tanto, en el presente estudio se concluye que los programas Preventivos - Promocionales de salud adecuadamente gerenciados originan un impacto positivo en la atención médica, disminuyendo considerablemente los costos institucionales, utilizando adecuadamente los recursos profesionales especializados, mejorando la calidad de atención y obviamente se refuerza nuestra imagen institucional con un trabajo importante extramural en la comunidad.

Palabras Claves: Evaluación, impacto, Programas de Salud.

ASSESMENT OF THE IMPACT OF PROMOTIONAL PREVENTIVE PROGRAMS ON MEDICAL CARE

SUMMARY

This study was made at IPSS Clinic "Luis Negreiros Vega" (LNV) in order to assess the impact of promotional peventive programs on medical care. It intends to propose an assessment pattern of the Impact on Health that such programs have generated since its creation. For that reason, longitudinal study from 1992 to the first semester of 1995, with case and control studies, and the evaluation of care quality of the using indicators and assessment instruments have been carried out. Some programs that caused a positive impact on Medical Care were found, such as Management of Acute Diarrheic Diseases, Arterial Hipertencion, Alternative Medicine, Ocupational Health and Oral Health, diminishing the concentration of external consulting care and consumption of drugs, reducing days of temporal inability for work and disappearing from the 10 first causes of morbidity due to external consult demand. Therefore, this study comes to the conclusion that accurately managed Preventive-Promotional health programs result in a positive impact on medical care, diminishing considerably institutional costs, making and adequate use of specialized professional resources, improving care cuality, and uor institutional image gets obviosly stronger thronger through an important outside work in the community.

Key words: Evaluation, impact, Health Programs

INTRODUCCION

Se entiende por Impacto: al resultado de una ACCION, producto de una inversión. Impacto en Salud sería el resultado de una actividad en salud producto de una inversión social en este caso dado por los Programas Especiales de Salud.

De realizarse este impacto, los Programas no sólo serían instrumentos de la gestión, sino que sería estrategia Extramural de la Gestión, incrementando su Eficiencia, Eficacia y Efectividad.

El Instituto Peruano de Seguridad Social, con Resolución de la Dirección Ejecutiva 442-DE-IPSS-92 de febrero de 1992, establece la Gerencia de Programas de Salud, con cuatro Programas de Salud Integral.

1) Programa de Salud Integral del Niño (PROSIN)
2) Programa de Salud Integral del Adulto (PROSIA)
3) Programa de Salud Integral Complementario (PROCOSI)
4) Programa de Salud Integral de la Madre (PROSIM)

Con la aprobación de la estructura del IPSS en 1994, los programas continúan su gestión como parte de la estructura de la Oficina de Programas Especiales de Salud.

(1) *Trabajo Ganador Premio Kaelin 95 Nivel C - Hospitales I, Policlínicos, Postas y Centro Asistenciales.* ***Policlínico Luis Negreiros Vega*** *- Callao - Perú*

(*) *Médicos*

(**) *Enfermeros*

En la Clínica Luis Negreiros Vega (LNV), la unidad de Epidemiología observa que en el período Enero - Diciembre 1994, el perfil de las 10 primeras causas de morbilidad por demanda en consulta externa ha variado considerablemente en relación de los perfiles '92, '93 y en especial con las patologías manejadas por los diferentes Programas Especiales de Salud.

Nos preguntamos si estos Programas en su desarrollo habían configurado este nuevo perfil y decidimos investigar el impacto que los Programas Especiales de Salud podrían estar generando en la Atención Médica.

Se planteó como Problema si: ¿Los Programas Especiales de Salud causan realmente impacto en la Atención Médica? y de ser ello real: ¿Cómo podríamos evaluar constantemente dicho impacto?

Para responder estas preguntas hemos estudiado los perfiles de las 10 primeras causas de morbilidad en la Atención Médica General y por Especialidad desde 1992 (Creación de la Gerencia de Programas de Salud), a la fecha hemos evaluado los Programas Especiales de Salud desde su implementación en la Clínica Luis Negreiros Vega a la fecha.

Se han realizado estudios de casos y controles para los programas: Medicina Alternativa y Salud Ocupacional, por ser ideales para este tipo de estudio.

Hemos aplicado como instrumento de evaluación de la Calidad de Atención brindado por los Programas, además 195 encuestas a usuarios elegidos aleatoriamente.

Los resultados encontrados fueron:

a) Que a junio 1995 los casos de Hipertensión Arterial (HTA), atendidos en consulta médica, disminuyeron considerablemente, ocupando el décimo primer lugar en el perfil de morbilidad, luego de ocupar el tercer lugar desde la creación de los Programas Especiales de Salud.
b) Que a junio 1995, los casos de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) atendidos en la consulta médica, disminuyeron considerablemente habiendo sido resueltos en su mayoría por el Programa Control de Enfermedad Diarreica Aguda (CEDA).
c) Que los pacientes que acuden al Programa de Medicina Alternativa, desde su Creación como Programa Piloto en la Clínica Luis Negreiros Vega, disminuyendo en un 71.00%, el uso de anti-inflamatorios no esteroides, en relación de aquellos pacientes crónicos que no son atendidos por el programa.
d) Los Accidentes de Trabajo disminuyeron en aproximadamente 44.6%, en las empresas intervenidas por el Programa de Salud Ocupacional.
e) El cardiólogo amplió sus atenciones a patologías diversas no Hipertensivas en un 95.6% a Junio 1995.
f) El Pediatra dejó de atender a Junio 1995, 1395 casos de Enfermedad Diarreica Aguda. Ampliando sus atenciones en un 10.85% a otras patologías diversas.
g) Existe un impacto negativo en la Atención Médica por parte de los Programas inadecuadamente aplicados y con limitaciones.
h) El Programa de Salud Integral de la Mujer (PROSIM), no es un programa consultado adecuadamente por el personal contratado de la Clínica Luis Negreiros Vega.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar el presente Trabajo de Investigación se aplicó el método de estudio de cohorte longitudinal con estudios de casos y controles. Se utilizaron informes estadísticos correspondientes al período 1991 - 1995 (junio), elaborados por la oficina de Estadística de la Clínica Luis Negreiros Vega.

Los Programas fueron evaluados en sus actividades programadas desde la creación de la Gerencia de Programas de Salud (febrero 1992).

La consulta externa fue evaluada desde 1992, es decir, desde el inicio de la Gerencia de Programas de Salud, para evaluar adecuadamente el impacto de los programas en la consulta médica. No hemos contado con datos confiables de 1991.

Fue evaluada la percepción de la calidad de atención de los Programas por parte de los usuarios, utilizándose como instrumento una encuesta, la misma que se aplicó a una muestra aleatoria de 195 usuarios de Programas de Salud. Previa a la realización de la encuesta se llevó a cabo una prueba piloto a fin de mejorar dicho instrumento para su aplicación final a los usuarios.

Asimismo, se aplicó una encuesta a 75 trabajadores de la Clínica en condición de contratadas, para evaluar su actitud a los Programas de Salud Integral de la Mujer ofrecidos por nuestra clínica.

La evaluación del impacto fue realizada con el enfoque de causalidad, que busca evaluar el efecto de los Programas Especiales de Salud, en la atención médica; usándose como indicadores los de proceso y resultado según el enfoque de sistemas.

RESULTADOS

El estudio se realizó en el período 1992 a Junio 1995, por considerar que es el período de existencia de los Programas de Salud en la Clínica Luis Negreiros Vega.

Los resultados encontrados se presentan en el siguiente orden:

1) Consulta Médica
2) Programas de Salud
3) Productividad y Costos
4) Estudios Casos y Controles
5) Calidad de Atención de Programas.

Consulta Médica

Los resultados se presentan en la tabla 1, y tabla 2. Observamos en las tablas 2 a 5 Programas de Salud, divididos en dos grupos muy marcados. Uno integrado por Diabetes, Tuberculosis y Asma; y el otro por Hipertensión Arterial y Enfermedad Diarreica Aguda.

TABLA 1.- 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR SISTEMAS (1992 - JUNIO 1995)

AÑO	1992		1993		1994		A JUNIO 1995	
MORBILIDAD	Nº Casos	Lugar	Nº Casos	Lugar	Nº Casos	Lugar	Nº Casos	Lugar
Enf. Sist. Respiratorio	16,214	1	17,825	1	21,228	1	12,318	1
Enf. Sist. Osteomuscular	3,214	8	4,270	3	10,272	2	6,486	2
Enf. Sist. Digestivo	3,426	7	2,869	7	4,800	4	3,341	3
Enf. Sist. Urinario	1,800	5	2,250	9	4,173	8	2,728	4
Enf. Sist. Genit. Femenino	2,043	9	2,957	5	4,299	7	2,518	5
Enf. Sist. Neuro-Sent.	3,747	6	4,142	6	3,995	9	2,173	6
Enf. de la piel	4,633	4	2,497	8	4,472	5	2,479	7
Enf. Inf. Parasitaria	5,226	2	4,882	2	7,708	3	2,464	8
Enf. Endocrinas	763	10	995	10	2,020	10	1,487	9
Enf. Sist. Cardiovascular	4,784	3	4,157	4	4,394	6	1,385	10

FUENTE:Estadística Clínica "Luis Negreiros Vega"

TABLA 2.- PERFIL DE MORBILIDAD SEGUN CODIGO DE DAÑO (JULIO 1993 - JUNIO 1995)

DAÑOS	CODIGO	JULIO 1993		1994		A JUNIO 1995	
		Nº Casos	Lugar	Nº Casos	Lugar	Nº Casos	Lugar
Faringitis aguda	(0462)	2,593	7	5,786	1	4,860	1
Inf. Resp. Loc. Mult.	(0465)	3,256	5	5,240	2	3,263	2
Osteoartrosis	(0715)	1,950	10	4,215	5	2,817	3
Gastritis	(0535)	2,067	8	3,832	7	2,774	4
Asma	(0493)	4,112	2	4,684	4	1,894	5
Osteomuscular	(0728)	642	14	1,785	13	1,853	6
Enf. Inf. Gent.	(0616)	1,998	9	2,472	9	1,732	7
Rinofaringitis	(0460)	5,404	1	5,048	3	1,496	8
Bronquitis aguda	(0466)	2,686	6	2,683	8	1,470	9
Infec. Renales	(0590)	1,051	11	2,444	10	1,353	10
H.T.A.	(0401)	4,071	3	4,207	6	1,226	11
Cistitis	(0595)	673	12	1,070	15	976	12
Diabetes	(0250)	648	13	1,407	14	900	13
E.D.A.	(0008)	642	15	1,665	13	900	14
T.B.C.	(0011)	414	16	1,047	16	355	15

FUENTE: Estadística Clínica "Luis Negreiros Vega"

Diabetes, en 1995, presentó 648 casos y ocupó el décimo tercer lugar en el perfil de morbilidad; en 1994, presentó el décimo cuarto lugar y a junio 1995, presentó 900 casos, ocupando el décimo cuarto y décimo tercer lugar respectivamente. Es decir ninguna variante en la atención médica por consultorio externo.

Tuberculosis, en 1993 presentó, 414 casos y ocupó el décimo sexto lugar en el perfil de morbilidad, en 1994 presentó 1047 casos y también el décimo sexto lugar y a junio de 1995, 355 casos y el décimo quinto lugar.

Asma, en 1993, presentó 4112 casos y ocupó el segundo lugar en el perfil de morbilidad, en 1994 presentó 4684

casos correspondiéndole el cuarto lugar y a junio de 1995 presentó 1894 casos, ocupando en el perfil semestral el quinto lugar. Hemos de agregar sin embargo que la atención de urgencia (tabla 3) ocupa el primer lugar con 545 casos.

El segundo grupo encabezado por Hipertensión Arterial, en 1993 presentó 4071 casos ocupando el tercer lugar en el perfil de morbilidad, en 1994 presentó 4207 casos y el sexto lugar, presentándose a junio 1995, 1,226 casos y el décimo primer lugar en el perfil de morbilidad. Es decir, ha desaparecido del perfil de las 10 primeras causas de la atención médica.

La Enfermedad Diarreica Aguda, presentó en 1993, 642 casos vistos en el consultorio médico y el décimo quinto lugar en el perfil de morbilidad, en 1994 presentó 1665 casos y ocupó el décimo tercer lugar, y en 1995, 900 casos y el décimo cuarto lugar; datos que cotejaremos luego con los consolidados de los Programas.

Programas Preventivos Promocionales

Los resultados de la evaluación se presentan en la tabla 4, Consolidado de la Atención de Enfermería en Programas Preventivos Promocionales.

TABLA 3.- 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA ATENCION DE URGENCIA (ENERO - JUNIO 1995)

Consulta Total: 6941

Nº	CODIGO	DAÑO PROGRAMATICO	ACUMULADO	TASA DE PREVALENCIA (%)
1	493	Asma	545	7.85
2	780	Síntomas Generales	383	5.52
3	008	Otras Colitis	337	4.86
4	558	Colitis y Gastroenteritis no Infecciosas	398	4.29
5	009	Infección Intestinal	271	3.90
6	708	Urticaria	273	3.93
7	536	Trastorno Gastro - Funcional	245	3.53
8	728	Trast. de los Músculos de los Ligamentos y de las Aponeurosis	223	3.21
9	462	Faringitis Aguda	232	3.34
10	460	Resfrío Común	203	2.92
		Subtotal	**3,010**	**43.35**

FUENTE: Estadística - Clínica "Luis Negreiros Vega"

TABLA 4.- CONSOLIDADO DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN PROGRAMAS PREVENTIVOS PROMOCIONALES (AÑOS 1993, 1994, JUNIO 1995)

PROGRAMA ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	JULIO 1993		1994		ENE-JUN 1995	
		Atend.	Atenc.	Atend	Atenc.	Atend.	Atenc
C.E.D.A.	Atenciones y/o control.	2,271	3,752	1,637	2,168	697	1,395
C.I.R.A.	Aten. < 2 m.	589	1,215	850	1,700	20	60
	Aten. 2 m a 4 años.	8,630	1,020	2,482	4,965	596	1,098
CRED.	Control.	4,862	1,8861	5,420	7,216	6,492	8,625
P.A.I.	Aten. <1 a.	2,773	8,319	670	3,504	1,498	3,334
	Aten. 1 a 4 años.	249	747	306	878	152	1,643
ASMA	Atención.					161	263
H.T.A	Atención y/o control.	490	995	520	6,240	276	2,523
T.B.C.	Aten. Pac.	114	354	91	273	195	341
	Atención Cont.	593	1,100	77	154	31	73
P.P.F.F.	Usuarias.	1,920	4,204	5,448	20,649	1,279	2,057
Materno Perinatal Desp.Mama.	Atendida.	2,748	2,748	3,756	3,756	991	1,490
Materno Perinatal P.A.P.	Atendida.	2,800	2,800	2,265	4,530	1,575	2,505
Salud Ocupac.	Consulta.	329	690	235	900	125	147
Salud.	Clínica.			2,352	22,260	5,753	5,753
Bucal.	Escolares.					5,753	1,504

FUENTE: Estadística Clínica "Luis Negreiros Vega"

En dicha tabla se presentan los programas preventivos promocionales, la unidad de medida de las actividades que realizan y el número de atendidos y atenciones en los años 1993, 1994, 1995 a junio del mismo año. La información de los años 1991 y 1992 (año de la creación de la Gerencia de Programas Especiales) no se ha consignado por no ser confiable.

Se resaltan los programas CEDA, HTA y ASMA que serán evaluados en la sección Productividad y Costos, y los Programas de Salud Ocupacional y el Programa Medicina Alternativa, a estudiarse en la sección de Casos y Controles.

Productividad y Costos

Las horas promedio que un médico dedica a la consulta externa es: 96 horas mensuales; en ellas se le programa 24 pacientes para cada 4 horas, teniendo una productividad ideal por médico de 576 pacientes al mes.

La Clínica "Luis Negreiros Vega", reportó de Enero a Junio 1995, según especialidad los siguientes totales de pacientes atendidos.

TABLA 5

Especialidad	Médico	Total Pac. Atend.	Horas Médico
Cardiología	1	2937	489.5
Pediatría	3	1,2863	715
Medicina	10	3,2406	540

Cardiología y Programa de Hipertensión Arterial

Según las 10 primeras causas de morbilidad de la atención en Cardiología (Enero - Junio 1995) se atendieron 903 pacientes con Hipertensión Esencial y 125 pacientes con Enfermedad Cardiaca Hipertensiva; En total 1028 pacientes Hipertensos (Código 0401 - 0402). El Programa de Hipertensión Arterial (H.T.A.) dio en condición de medicado continuador 2503 atenciones.

Si el médico cardiólogo hubiese brindado estas 2503 atenciones más, apenas hubiese podido atender 2 pacientes de cualquier otra patología durante el semestre, en la tabla 6, tendríamos:

TABLA 6

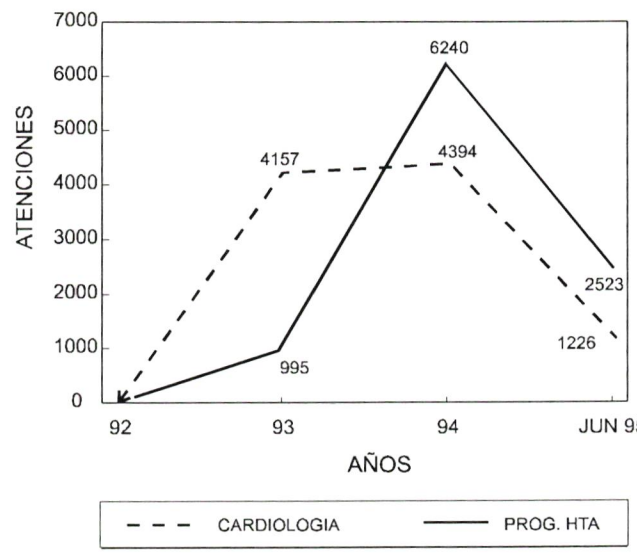
Cardiología	Numero (Nº)	Porcentaje (%)
Hipertensión esencial	903	30.75
Enf. Cardiaca hipertensiva	125	4.25
Otras Cardiopatías	1,909	65.00
Total	2,937	100.00

TABLA 6A

Programa H.T.A.	Número (Nº)	Porcentaje (%)
Medicado Nuevo	285	10.15
Medicado Continuador	2,503	89.85
Total	**2,808**	**100.00**

El Servicio de Cardiología en estas 1909 atenciones, atendió patologías como enfermedades isquémicas del corazón (673 casos), trastornos de la conducción (113 casos), insuficiencia cardiaca (142 casos), enfermedades vasculares periféricas (26 casos), entre otras reportadas en el Anexo: 10 Primeras Causas de Morbilidad Atención Cardiológica (Enero - Junio 1995)

En la fig. 1, se observa el impacto que el programa Hipertensión Arterial ocasiona desde su creación en la atención cardiológica respecto a las atenciones por Hipertensión Arterial y la oportunidad de brindar otras atenciones cardiológicas por el especialista.



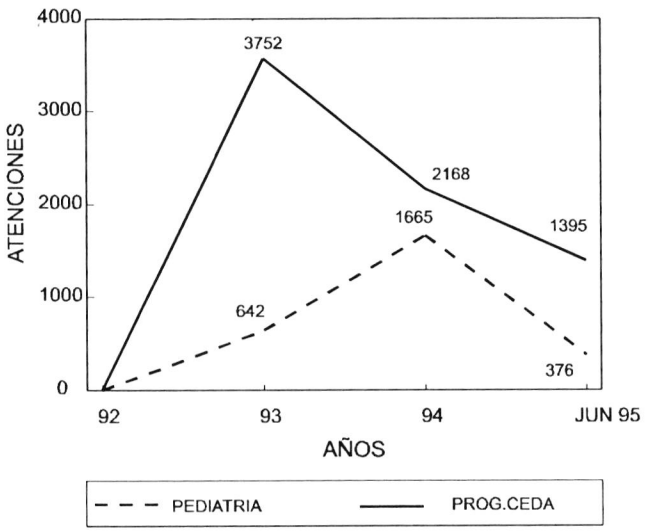
FUENTE: Estadística Clínica "Luís Negreiros Vega"

***Fig. 1.-** Atenciones Cardiológicas y Programa HTA. 1993 - Junio 1995*

Pediatría y Programa Control de Enfermedades Diarreicas Agudas (CEDA).- Según las 10 primeras causas de Morbilidad de la Atención en Pediatría (Enero - Junio 1995) se atendieron 12863 pacientes. Las enfermedades diarreicas agudas no figuran en las 10 primeras causas de morbilidad de la Atención Pediátrica (Enero - Junio 1995).

El Programa Control de Enfermedades Diarreicas Agudas (CEDA), brindó 1395 atenciones en este semestre.

De no existir el Programa Preventivo Promocional CEDA, el pediatra hubiese tenido que dar estas 1395 atenciones. Estas atenciones representan el 10.85% de la Atención por Pediatría y el 32.53% de la Atención total de un pediatra al Primer Semestre 1995.



FUENTE: Estadística Clínica "Luís Negreiros Vega"

Fig. 2.- Atenciones Pediátricas y Programa CEDA. 1993 - JUNIO 1995

El Pediatra pudo atender en estas 1395 atenciones: 861 dermatitis o 541 parasitosis intestinales y otras reportadas en el Anexo de las 10 Primeras Causas de Morbilidad de la Atención Pediátrica (Enero - Junio 1995), en la tabla 7 tenemos:

TABLA 7

Atenciones EDA	Numero (Nº)	Porcentaje (%)
Pediatría	376	21.23
Programa CEDA	1,395	78.77
Total	**1,771**	**100.00**

Pediatría atendió el 21.23% del total de atenciones EDA y el Programa el 78.77% motivo por el cual EDA no figura en el Perfil de Morbilidad de Pediatría y pudo el pediatra brindar las atenciones antes mencionadas.

Asma y Programa de Asma.- Según las 10 primeras causas de morbilidad de la atención en medicina y pediatría (enero - junio 1995), se atendieron 1,248 casos de asma en medicina y 861 casos de asma en pediatría; en total 2,109 atenciones por asma.

El Programa de Asma, operativo este año en la Clínica, brindó 263 atenciones, en la tabla 8 tenemos.

TABLA 8

Atenciones Asma	Número (Nº)	Porcentaje (%)
Medicina y Pediatría	2,109	88.91
Programa ASMA	263	11.09
Total	**2,372**	**100.00**

La consulta médica y pediátrica brindó el 88.91% de las atenciones por asma. El Programa de Asma brindó el 11.09% de las atenciones totales.

Agreguemos que según la tabla 3 del Perfil de la Morbilidad de Urgencias (Enero - Junio 1995), Asma es la primera causa de atención.

Se observa el impacto negativo que el Programa Asma ocasiona desde su creación en la atención médica y pediátrica, en las atenciones por asma y la oportunidad de brindar otras diversas patologías médicas y pediátricas, así como disminuir la incidencia de pacientes asmáticos en la atención de urgencia.

Costos

El impacto que los Programas Preventivos Promocionales ocasionaron en la atención médica no sólo se determinó en la productividad hora-médico, sino por el costo que ello significó

1) Tenemos que Cardiología en Enero a Junio 1995, atendió 1028 atenciones por Hipertensión. Ello le significó 468 horas. Estas 468 horas debieron ser asumidas por Cardiología de no existir el Programa Hipertensión Arterial. Considerando un haber de S/. 1,000.00 por médico, y de S/. 6.67 por hora, se tendría un costo de S/. 3,122.00 por estas 468 horas.
   Enfermería recibe un haber de S/. 500.00 por enfermero y de S/. 3.34 por hora, se tendría con ello un costo de S/. 1,563 por estas 468 horas.

COSTO: COSTO MEDICINA - COSTO ENFERMERIA

C = 3,122 - 1,563
C = 1,559

Es decir significa un beneficio en el rubro económico institucional de S/. 1,559 nuevos soles.

2) Tenemos que Pediatría, de Enero - Junio 1995, atendió 376 pacientes con Enfermedad Diarreica Aguda. Ello significó 67 horas de consulta externa. El Pro-

grama Control Enfermedad Diarreica Aguda. Considerando un haber de S/. 1,000 por médico y S/. 6.67 por hora, se tendría un costo de S/. 1,547 por estas 349 horas. Enfermería recibe un haber promedio de S/. 500.00 por enfermero y de S/. 3.34 por hora, se tendría un costo de S/. 775.00 por estas horas.

COSTO: COSTO MEDICINA - COSTO ENFERMERIA

C = 1,547 - 775
C = 772

Es decir, significa un beneficio en el rubro económico institucional de S/. 772.00 nuevos soles.

3) Tenemos que Medicina y Pediatría de Enero a Junio 1995, atendieron 2109 pacientes asmáticos. Ello le significó 352 horas de consulta externa entre las dos especialidades. El Programa de Asma brindó en ese mismo período 263 atenciones. Ello le significó 43 horas. Estas 352 horas de consulta externa debieron ser asumidas por el Programa de Asma, considerando un haber de S/. 1,000.00 por médico y de S/. 6.67 por hora, se tendría un costo de S/. 2,348.00 por estas 352 horas. Enfermería recibe un haber promedio de S/. 500.00 por enfermero y de S/. 3.34 por hora, se tendría un costo de S/. 1,176 por estas 352 horas.

COSTO: COSTO MEDICINA - COSTO ENFERMERIA

C = 1,176 - 2,348
C = - 1,172

Es decir, hay un impacto negativo de (-1,172.00) nuevos soles aproximadamente, al no ser atendido por el Programa dichos pacientes.

Horas Médico

Asimismo, el impacto que los Programas Preventivo Promocionales ocasionan en la atención médica produjo una disminución y ahorro de horas médico.

1) Al año 1993, se brindaron 4071 atenciones a pacientes Hipertensos, es decir, se emplearon 679 horas en consultorio externo. En 1994 se brindaron 4207 atenciones a pacientes Hipertensos, con una utilización de 702 horas en consultorio externo y a Junio de 1995 se brindó 1226 atenciones a Hipertensos utilizándose 205 horas de consulta externa.
   Tendríamos:

$$I = C_{95} - C_{93}$$

Donde: I = Impacto
C_{93} = Horas médico utilizadas en la atención de pacientes Hipertensos en 1993
C_{95} = Horas médico utilizadas en la atención de pacientes Hipertensos a Junio 1995
I = 205 - 679
I = - 474

Lo que nos indica un ahorro a Junio 1995 de 474 horas del cardiólogo, en la atención de pacientes hipertensos, debido a las atenciones brindadas por el Programa hipertensión arterial.

2) Al año 1993 se brindaron 642 atenciones a pacientes con Enfermedad Diarreica Aguda (niños y adultos), empleándose 107 horas en consultorio externo, compartidas medicina y pediatría.
   El año 1994 se brindaron 1665 atenciones a pacientes con Enfermedad Diarreica Aguda (niños y Adultos), empleándose 278 horas compartidas en consultorio externo por medicina y pediatría.
   A Junio 1995, se brindaron 900 atenciones a pacientes con Enfermedad Diarreica Aguda (niños y adultos), empleándose 150 horas en consultorio externo compartidas por medicina y pediatría.
   Tendríamos:

$$I = C_{95} - C_{94}$$

Donde: I = Impacto
C_{95} = Horas médico utilizadas en la atención de pacientes Hipertensos en 1993
C_{94} = Horas médico utilizadas en la atención de pacientes Hipertensos en 1993
I = 150 - 278
I = - 128

Lo que nos indica un ahorro a junio de 1995 de 128 horas compartidas proporcionalmente por los servicios de Medicina y Pediatría, en la atención de pacientes con Enfermedad Diarreica Aguda, debido a las atenciones brindadas por el programa Control Enfermedad Diarreica Aguda.

3) Al año 1993, se brindaron 4112 atenciones a pacientes Asmáticos, empleándose 686 horas en consultorio externo. En el año 1994 se brindaron 4684 atenciones a pacientes Asmáticos, empleándose 781 horas en consultorio externo. A Junio de 1995 se brindó 1894 atenciones pacientes Asmáticos empleándose 316 horas de consultorio externo.

Tendríamos:

$$I = C_{95} - C_{93}$$

Donde: I = Impacto
C_{93} = Horas médico utilizadas en la atención de pacientes con Asma en 1993
C_{95} = Horas médico utilizadas en la atención de pacientes con Asma a Junio 1995.
I = 1,894 - 4,112
I = -2,218

Aparentemente, habría un ahorro de horas. Debido a las escasas atenciones brindadas por el Programa de Asma, ello se debe sin embargo a la disminución de la incidencia con respecto al año 1993. (ver tabla 2)

Casos y Controles

Una forma ideal de estudiar el IMPACTO es realizar estudios de Casos y Controles. Para aplicar este estudio, escogimos el Programa Experimental de la Clínica Luis Negreiros Vega: Medicina Alternativa (Complementaria) y el Programa de Salud Ocupacional.

Medicina Alternativa.- Se estudiaron 151 pacientes:

Los pacientes que fueron evaluados, fueron las personas de ambos sexos que fueron citados desde marzo 1995 a junio 1995 al Programa Experimental medicina alternativa de la Clínica Luis Negreiros Vega.

- Criterio de Inclusión.- Todo paciente crónico con tratamiento de Anti-Inflamatorios no esteroides AINES, citado al programa de medicina alternativa, haya o no asistido y recibido tratamiento con acupuntura y/o anti-inflamatorios no esteroides (AINES)
- Criterio de Exclusión.- Todo paciente no citado al programa.
- Tratamiento Recibido.- De los 151 pacientes citados al Programa, 97 recibieron tratamiento con acupuntura y 54 no concurrió ni una sola vez a cita, continuando con su tratamiento de AINES.
- Resultados.- Los resultados se muestran en la tabla 9 de los 151 pacientes, (73.20%) 71 personas usaron la acupuntura reduciendo la sintomatología considerablemente, el uso de AINES, o no usándolos mas durante el estudio. Un (26.80%), 26 personas no mejoraron y mantuvieron su consumo de AINES. Un (29.63%), 16 personas no utilizaron la acupuntura y mejoró disminuyendo gradualmente el consumo de AINES. El (70.37%) no mejoró a pesar del incremento de anti-inflamatorios no esteroides.

TABLA 9.- PACIENTES QUE MEJORARON LA SINTOMATOLOGIA SEGUN TRATAMIENTO: ACUPUNTURA vs. AINES AGOSTO - 1995

Tratamiento Mejoraría	Acupuntura Nº	%	AINES Nº	%	Total Nº	%
SI	71	73.20	16	29.63	87	57.62
NO	26	26.80	38	70.37	64	42.38
Total	**97**	**100.00**	**54**	**100.00**	**151**	**100.00**

FUENTE: La Investigación

$X^2 = 27.08$
$\alpha = 0.01$

Salud Ocupacional.- Se estudiaron 150 trabajadores de la Fábrica "F" (no se menciona el nombre de la fábrica, por no contar con autorización de la gerencia).

- Pacientes.- Los pacientes evaluados fueron los trabajadores de la fábrica "F", que desde enero 1994 a octubre 1994, sufrieron accidentes de trabajo. A mitad del período se intervino con el Programa de Salud Ocupacional consistente en Charlas y Seguimientos de Casos.
- Criterio de Inclusión.- Todo trabajador de la Fábrica "F" que durante el período de estudio presentó algún accidente de trabajo.
- Criterio de Exclusión.- Todo trabajador de la Fábrica "F" que durante el período de estudio no presentó ningún accidente de trabajo.
- Tratamiento Recibido.- La población cautiva de 150 trabajadores de la Fábrica "F", recibieron un ciclo de 6 charlas a mitad del período de estudio. charlas referidas a la prevención de accidentes de trabajo, realizada por Personal Médico y de Enfermería.
- Resultados.- Los resultados se muestran en la tabla 10. De los 150 trabajadores, 47 tuvieron algún tipo de accidente laboral antes de la intervención del programa (59.57%), 28 trabajadores presentaron heridas contusas, (17.03%), 8 trabajadores presentaron accidente de trabajo por cuerpo ocular, sólo (4.25%), 2 trabajadores sufrieron de fractura.

Luego de la intervención del Programa de Salud Ocupacional, 26 trabajadores presentaron algún tipo de Accidente Laboral. Una reducción del 44.68% de Accidentes Laborales. Se tuvo (73.08%), 19 trabajadores que presentaron heridas contusas, una reducción del 32.15%. Se tuvo (7.69%) 2 trabajadores que presentaron Accidentes de Trabajo por cuerpo extraño ocular, con una reducción de 75% en los mismos. Un trabajador presentó fractura, con una reducción del 50% en la misma.

TABLA 10.- ACCIDENTES DE TRABAJO FABRICA "F" INTERVENCIONES PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL. ENERO - OCTUBRE 1994.

Intervenciones-Programa Salud Ocupacional	Antes de Intervención		Después de Intervención	
Accidente de trabajo	Nº	%	Nº	%
Cuerpo extraño ocular	8	17.03	2	7.69
Quemadura I y II Grado	5	10.64	2	7.69
Herida Contusa	28	59.57	19	73.08
Atricción	4	8.51	2	7.69
Fractura	2	4.25	1	3.85
Total	**47**	**100.00**	**26**	**100.00**

FUENTE: La Investigación

Calidad de Atención en los Programas

Los resultados que presentamos a continuación, corresponden a 2 encuestas aplicadas en el presente estudio. La primera dirigida al público usuario y la segunda al personal contratado en la Clínica Luis Negreiros Vega, sobre la calidad de atención en los programas de salud y sobre la preferencia por la atención en los servicios de la Clínica respectivamente para ambos grupos.

Primera Encuesta.- El público usuario entrevistado se caracteriza por ser un grupo mayoritariamente de adultos jóvenes pues el 64.4% tenía entre 25 y 29 años; casados el 66.2% y solteros el 24.6%; con un grado de instrucción mayor a 5 años, el 61.5% y con un grado menor de 5 años de instrucción el 16.9%; empleadas el 29.2%, amas de casa el 27.7%, obreros el 16.9% y pensionistas el 10.8%; Sin hijos el 19.9%.

Las variables analizadas fueron:

a) Servicios Apropiados y Aceptables.- Respecto a la confianza que el usuario siente hacia los servicios de los programas, esta es positiva en un 96.9% a diferencia de sólo 3.1% de los entrevistados que opinaron lo contrario.
Asimismo, el servicio tiene una adecuada confiabilidad para el 98.5% de los encuestados mientras que el 1.5% manifestó lo contrario.
En cuanto al tiempo que se espera para ser atendido, los resultados fueron considerados como regular por el 67.2%, breve el 29.7% y largo el 3.7%;
Para efectos de nuestra investigación definimos el tiempo de espera:
Largo (4 horas)
Regular (1 hora)
Breve (30 min.)
Además el horario de atención en el programa es considerado como adecuado, por el 89.2% y no adecuado por el 10% de los entrevistados.

b) Información y Asesoramiento Apropiados.- El 92.39% de las personas refiere que la información recibida por los servicios de programas fue clara a diferencia del 1.5% que refiere no a sido tan clara; siendo además esta información muy útil para el 96.9% de los encuestados y sólo el 3.1.% opinaron lo contrario.
Por otro lado, el tiempo que dura cada consulta en los servicios de programas es considerado en un 87.7% y 12.3% como suficiente e insuficiente respectivamente.

c) Relaciones Internacionales.- Esta variable se analiza con la pregunta referida a si el usuario conoce o no a la persona que lo atendió, encontrando, que el 55.4% está en capacidad de indentificarlo mientras que el 44.6% no está en la misma capacidad de identificar a la persona o profesional que lo atendió.
Asimismo, el 95.4% considera que el personal del programa es el adecuado mientras que el 4.6% opinó lo contrario.

Segunda Encuesta.- Con la presente encuesta podemos observar la conducta del personal femenino contratado con respecto al auto examen de mamas y examen de PAP.

a) Examen de Mamas.- Se observó que el grupo de mujeres que realiza frecuentemente el auto examen de mama, corresponde en un 48.0% al grupo de 20 a 35 años a diferencia de un 4.0% que lo realiza y está entre los 50 años a más.
Con respecto al estado civil y el auto examen anual, representa el grupo de casados el 38%, el de solteros en 53% y el de divorciados lo hace tan sólo en un 7.6%; similares porcentajes se observan en cuanto al examen realizado cada 5 años por parte de los solteros y casados.
Respecto al grado de instrucción se encontró que el 52% tienen formación profesional, el 36% formación técnica y sólo el 12% preparación escolar. De las cuales el 77.7% de técnicos se auto examinan cada año a diferencia del 53.8% de profesionales que prefieren o manifestaron hacerlo cada 5 años. Mientras que las personas con formación escolar en un 75% y 25% lo hacen cada año y cada 5 años respectivamente.
En cuanto al número de hijos tenemos que el 69.2% de las mujeres tiene 2 hijos, el 30.8% tiene 3 a más hijos. Asimismo, cerca del 46.15% de los entrevistados se autoexaminan cada año, resultando en este grupo que el 66.6% son mujeres con 2 hijos y el 33.4% mujeres con mayor paridad.
Las trabajadoras con 1 o 2 años de tiempo de servicio fueron el 60%, con 3 o 4 años el 36% y con más de 5 años sólo el 4%. Del total el 52% se autoexaminó cada año, y el 36% cada 5 años; resultado

además que el grupo que se examinó cada año el 92.3% son los trabajadores con menor tiempo de servicio y sólo el 7.7% es del personal con mayor tiempo de servicio. Para dar lugar de procedencia se observó que el 68% son de Lima, el 20% de la sierra y el 12% del resto de la costa. De los cuales el 52% se autoexaminó cada año y el 36% cada 5 años, siendo las procedentes de Lima el 61% quienes lo hacen cada año, a diferencia de los de la costa que tan sólo lo hacen en un 7.6%

b) Papanicolau.- La conducta del personal femenino contratado frente al examen del PAP, tiene las siguientes características:
El 61.29% de casados se realiza el PAP.
El 57.8 % lo hace cada año, porcentaje algo parecido presentan las solteras que en un 32.2% lo hacen cada año; Se observó que el 43.4% de mujeres que se controlan cada año tenían instrucción técnica y que el 45% de mujeres que lo hacen cada año tienen formación profesional.
En cuanto a la ocupación se encontró que el 30% de las mujeres son obreras y se realizan cada año el examen a diferencia de las obstetrices que representan el 19.25% y se examinan mayormente cada 5 años (66.6%)
Las mujeres, con menor paridad (1 a 2 hijos), que representan el 75% de las entrevistadas, se examinan, en un 76.4% cada año. A diferencia de aquellos que tienen 3 a 4 hijos, que tan sólo lo hacen en un 23.5%.
Para el tiempo de servicio se observó en todos los casos que el 74.1% se examinó cada año a diferencia de un 25.9% que lo hace cada 5 años.

En cuanto al lugar de procedencia se halló que las mujeres procedentes de Lima, el 60.8% se examinó cada año a diferencia de quienes proceden de la sierra que lo hacen en un 21.7%. En un cuadro comparativo tendríamos:

Variable	Examen Mama	Papanicolao
Edad	NO	NO
Estado Civil	NO	SI α 0.05
Grado Instrucción	NO	NO
Ocupación	NO	SI α 0.10
No. Hijos	NO	NO
Tiempo Servicio	NO	NO
No Procedencia	NO	NO

CONCLUSIONES

1) Los programas especiales de salud causan dos tipos de impacto, en la atención médica, positivo y negativo. Positivo al disminuir la concentración de la atención médica en consultorios externos; disminuyendo el consumo de medicamentos, rebajando días de incapacidad temporal para el trabajo y desapareciendo de las 10 primeras causas de morbilidad por demanda en consulta externa, en el perfil epidemiológico.
Realidad de no existir los Programas Especiales Preventivo - Promocionales.
2) Las atenciones cardiológicas por hipertensión arterial disminuyeron desde la creación del Programa Control de Hipertensión en 2,503 atenciones de enero a junio 1995, dejando de atender 468 horas por este concepto y distribuyendo de otras atenciones como: enfermedades isquémicas del corazón, insuficiencia cardiaca, trastornos de la conducción y otros. Ello significó que de enero a junio 1995, se obtenga un beneficio económico de aproximadamente S/. 1,559.00 nuevos soles a la institución.
3) Las atenciones pediátricas por enfermedad diarreica aguda, disminuyó de enero a junio de 1995 en 1,395 atenciones. Dejando de atender 128 horas por este concepto y distribuyendo esas horas en atenciones por neumonías, dermatitis, asma y otros.
Ello significó de enero a junio 1995 un beneficio económico de aproximadamente S/. 772.00 nuevos soles a la institución.
4) El Programa de Asma ocasiona un Impacto Negativo en la atención médica y pediátrica por dicho concepto de atención. En horas, productividad y costo.
5) Los estudios de casos y controles son ideales para estudiar el impacto en salud. En el estudio sobre el Programa Experimental Medicina Alternativa un 73.20% de pacientes beneficiados con este programa mejoraron, disminuyendo considerablemente o dejando de utilizar antiflamatorios no esteroides (AINES). En comparación con un 70.37% de pacientes crónicos que no mostró mejoría con el tratamiento con AINES. Datos altamente significativos con un chi cuadrado de 25.08% y un =0.01. Este resultado demuestra su eficiencia y efectividad y la reducción del costo/tratamiento en pacientes crónicos.
6) En el estudio sobre el Programa de Salud Ocupacional, luego de la intervención en la fábrica "F", los accidentes de trabajo se redujeron en un promedio de un 66.0%. Ello ocasiona un impacto positivo disminuyendo días de incapacidad laboral y un incremento en el bienestar del paciente y la mejora en rendimiento y productividad en su empresa.
7) La calidad de atención de los Programas Preventivos Promocionales de la Clínica Luis Negreiros Vega, reporta para el rubro: Un promedio de 87.95% de personas que consideran apropiados y aceptables nuestros programas ofertados.

Para el rubro: Información y asesoramiento apropiados un promedio de 92.33% usuarios consideran que los programas que ofertamos informan y asesoran apropiadamente.

Para el rubro: Relaciones interpersonales un promedio de 75.4% usuarios consideran que en los programas que ofertamos las relaciones interpersonales con los usuarios son buenas.

8) Las variables analizadas en el presente estudio no indican ser determinantes o condicionales en la conducta del personal femenino contratado en la Clínica Luis Negreiros Vega, con respecto a la frecuencia con que se realizan el autoexamen de mamas.

Se observó que el estado civil y la ocupación son variables estadísticamente significativas con un = 0.05 que influyen directamente en la realización del examen de Papanicolau por parte del personal femenino contratado en la Clínica Luis Negreiros Vega.

La población estudiada, por ser una población cautiva ofrece una aproximación a la identidad con su propio servicio preventivo promocional.

RECOMENDACIONES

1) La salud es un bien y la aspiración máxima del personal salubrista cuando de cuidarla y prevenirla se trata. Todo ser humano exige un grado aceptable de bienestar biológico, psicológico, social y ecológico, contribuyendo en mayor medida al desarrollo de su comunidad.

   Los Programas Especiales Preventivos Promocionales tienen como misión el logro de estos ideales y han demostrado en este trabajo ser una herramienta gerencial de impacto en la salud de los asegurados y de gran rentabilidad para todo gerenciamiento adecuado de los mismos.

   Por ello, se recomienda invertir en salud, potenciando los Programas Preventivos Promocionales en todas las Gerencias de la Institución.

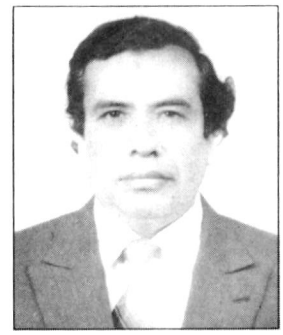
2) El dato cuando no es confiable y preciso no llega a ser información, siendo un gran limitante para todo estudio serio de la realidad y de nuestros servicios, por ello recomendamos potenciar las Unidades de Estadística; asimismo, las de Epidemiología en las Gerencias de la Institución.

Correspondencia:
Policlinico Luis Negreiros Vega
Av. Tomás Valle s/n
Callao - Perú

BIBLIOGRAFIA

1) **Banco Mundial:** Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington DC. 1993.
2) **Banco Mundial:** Financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollos. Washington DC. 1990. 104 pp.
3) **Clínica Negreiros:** Perfil Epidemiologico. Enero - Junio 1995. Unidad Epidemiología. Callao 1995.
4) **Cook TD, Mc Amany EG:** Evaluating The Impact of Nutrition and Health Programs. Plenum Press. Nueva York 1989.
5) **Escuela Nacionales de Salud Pública:** Modulo V: Epidemiología Aplicada de la Administración de Servicios de Salud. Lima - Perú 1995
6) **Feachem G, Richard y COL:** Evaluando el Impacto en Salud UNICEF/ CIID. Washington 1990.
7) **Fondeo de Investigación:** Evaluación de los Servicios de Salud. CEDAPS. Universidad del Valle Cali - Colombia 1988.
8) **IPSS. "Planificación y Evaluación de Centros Asistenciales":** Gerencia Central de Sistemas Institucionales y Dirección Nacional de Salud. Lima - Perú 1993.
9) **IPSS. "Indicadores para la Planificación y Administración de los Servicios de Salud":** Gerencia de Estadística Lima - Perú 1992.
10) **IPSS. Programas Especiales de Salud Manual Operativo:** Lima - Perú. 1995.
11) **Mujibur Rahaman, M:** Estudio del Impacto de Salud en Tekny Método y Resultados. UNICEF/CIID. Washington .1990.
12) **Proyecto Rey:** Evaluación de la Calidad Total en el Policlínico Santa Rosa. Comas - IPSS. Lima Perú 1994.
13) **Schencke, Margarita y COL:** Actitud y Conducta frente al Autoexamen de Mama entre Profesionales de Salud en Chile. OPS. Vol. 114 N° 4. Abril 1993. Washington DC. - EUA.
14) **Verocaidias Moreira Jara:** Evaluación del Impacto Ambiental. CONAPMAS. Diciembre 1989. Lima - Perú

Cardiocirugía Transeptal



*Dr. Luis Ciudad Miñano *, Dr. Carlos Ledesma Martín *.*

RESUMEN

El 30 de diciembre de 1991 se inicia el proceso de transferencia tecnológica de la Cardiocirugía Transeptal, a raíz de la extirpación de dos mixomas de aurícula izquierda, que consiste en la sistemática y exprofesa apertura longitudinal del septum interauricular a través de la aurícula derecha para corregir patología cardíaca congénita y adquirida variada a manera de cardiotomía exploradora. Se trataron 7 pacientes portadores de mixomas de aurícula izquierda, doble lesión mitral e insuficiencia tricuspidea. Todos evolucionaron satisfactoriamente en el post-operatorio inmediato y tardío.

Palabras Claves: Cirugía cardiaca, cirugía transeptal, mixoma auricular, tratamiento.

TRANSSEPTAL CARDIOSURGERY

SUMMARY

Since Desember 30 the began the transfer technology process of Transeptal Cardiosurgery, right after remove 2 myxomas of left auricle, which to be based in systematic on purpose large longitudinal opening of interauricle septum through of right auricle for to correct variety congenital and adquirable cardiac pathology, in the menner of exploratory cardiotomy. The treatment were for 7 patients carriers of myxomas of left auricle, double mitral lesion and tricuspyd insufficiency. All the patients developed satisfactory in immediate and late post-operatory

Key words: Cardiac surgery, transseptal surgery, myxoma auricular, treatment.

INTRODUCCION

La técnica clásica para reemplazo o plastía de válvula mitral, extirpación de mixomas de aurícula izquierda, mediante la apertura de dicha aurícula, bajo circulación extra corpórea en bypass parcial o total, en muchos casos resulta incómoda y existe el riesgo de no poder extirpar completamente mixomas a este nivel, sobre todo, cuando hay necesidad de resecar parcialmente el tabique interauricular [1, 2], o cuando hay que corregir patología asociada de válvulas mitral y tricuspidea.

A raíz de los trasplantes de corazón [3, 4], con el modelo de división sistemática del tabique interauricular [5, 6], y posteriormente la mejor comprensión de la distribución anatómico y fisiología de la conducción eléctrica entre los nodos auricular y auriculoventricular del sistema de Purkinje basados en el hecho de que esta conducción se hace mayormente por las paredes auriculares y en menor proporción por el septum interauricular [7, 8], el abordaje transeptal va tomando más aceptación por la perspectiva que ofrece de corregir patología cardíaca congénita y adquirida variada [9, 10, 11, 12].

MATERIAL Y METODOS

Mediante ecocardiografía cineangiografía con cateterismo cardíaco, siete pacientes fueron diagnosticados y valorados antes de ser sometidos a corrección quirúrgica mediante el abordaje transeptal, 5 mujeres y 2 hombres, las edades variaron entre 26 y 54 años. Los reemplazos valvulares fueron secuela de fiebre reumática, 3 pacientes tenían fibrilación auricular preoperatoria. En ningún caso fue necesario colocar marcapaso temporal o definitivo.

Técnica Quirúrgica:

Mediante esternotomía media y apertura de pericardio, se canula aorta ascendente y ambas cavas muy cerca de su ingreso en aurícula derecha, como en el trasplante de corazón, luego se coloca catéter multiperforado 10F o 12F en raíz de aorta para cardioplegia fría y/o caliente anterógrada y aspiración de ventrículo izquierdo; ingresamos luego en bypass parcial, clampaje de aorta ascendente, instalación de cardioplegia anterógrada, seguido de bypass total; luego apertura longitudinal amplia de aurícula derecha por entre las dos cánulas venosas [13], instalamos car-

(*) *Médicos Asistentes*
Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular INCOR
***Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" - IPSS.** Chiclayo - Perú*

TABLA 1.- CARDIOCIRUGIA TRANSEPTAL EN HOSPITAL NACIONAL «ALMANZOR AGUINAGA ASENJO» DEL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL I.P.S.S. CHICLAYO. PERU. 1991 - 1995

Nº	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	CIRUGIA	RESULTADO
1	41	F	Mixoma de AI	Extirpación de 2 mixomas	Satisfactorio
2	54	M	Mixoma de AI	Extirpación de 2 mixomas	Satisfactorio
			Insuficiencia mitral	Reemplazo de válvula mitral	
			Fibrilación auricular	Resección de septum intrauricular	
				Cerclaje de orejuela izquierda	
3	28	F	Doble lesión mitral	Reemplazo de válvula mitral	Satisfactorio
			Insuficiencia tricuspidea	Anuloplastía tricuspidea	Satisfactorio
4	32	F	Doble lesión mitral	Reemplazo de válvula mitral	Satisfactorio
			Insuficiencia tricuspidea	Anuloplastía tricuspidea	
5	28	F	Reestenosis mitral	Reemplazo de válvula mitral	Satisfactorio
			Insuficiencia tricuspidea	Anuloplastía tricuspidea	
6	32	M	Doble lesión mitral	Reemplazo de válvula mitral	Satisfactorio
			Doble lesión aórtica	Reemplazo de válvula aórtica	
			Insuficiencia tricuspidea	Exploración de válvula tricuspidea	
			Fibrilación auricular	Cerclaje de orejuela izquierda	
7	26	F	Doble lesión mitral	Reemplazo de válvula mitral	Satisfactorio
			Doble lesión aórtica	Reemplazo de válvula aórtica	
			Insuficiencia tricuspidea	Exploración de válvula tricuspidea	
			Fibrilación auricular	Cerclaje de orejuela izquierda	

dioplegia retrógrada en seno coronario; acto seguido, abrimos longitudinalmente el septum interauricular a nivel del ostium primum, lo más amplio que sea posible ([14, 15]); extirpamos los mixomas desde su base haciendo curetaje, o resecando tabique, si fuera necesario. Luego se intenta hacer plastía de válvula mitral, que se presenta muy cómoda para el cirujano, evaluamos su competencia con cardioplegia sanguínea a través del catéter multiperforado que ingresó por raíz de aorta y llegó hasta la punta del ventrículo izquierdo; en casos de incompetencia de la válvula mitral, se procede a su reemplazo por prótesis artificial o biológica; luego del cerclaje de orejuela izquierda con lavado y aspirado del ventrículo izquierdo, su tracto de salida y de venas pulmonares, se procede al cierre del tabique interauricular; en seguida, examinamos válvula tricúspide, haciendo anuloplastía en caso necesario, para luego cerrar la aurícula derecha; el aspirado de aire del ventrículo izquierdo se hace a través del catéter 10F o 12F mencionado.

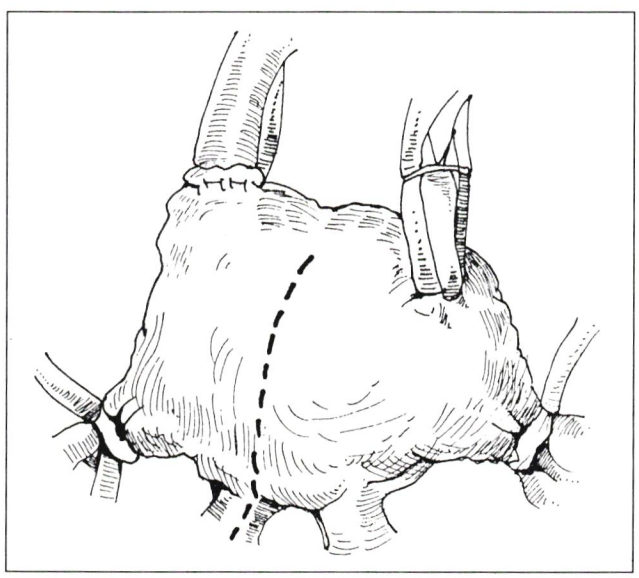


Fig. 1.- Apertura de aurícula derecha

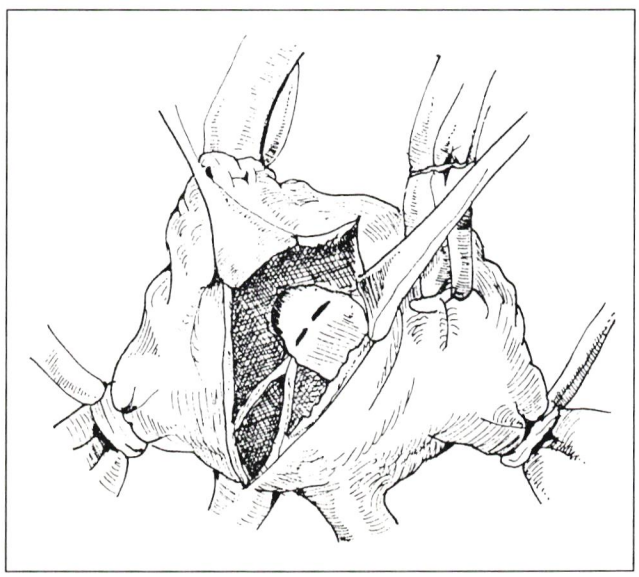


Fig. 2.- Apertura del septum interauricular

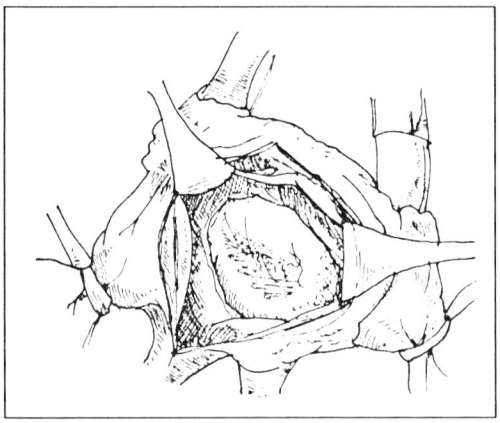


Fig. 3.- Exposición de válvula mitral

Desclampada la aorta regresamos a by-pass parcial y el retiro de cánulas continua según la técnica convencional.

RESULTADOS

La extirpación de mixomas de aurícula izquierda, así como las plastías o reemplazo de válvula mitral por vía transeptal, a juzgar por la evolución satisfactoria post-operatoria inmediata y tardía de todos los casos operados sin complicaciones, ni arritmias, sin necesidad de marcapaso temporal o transitorio y sin mortalidad, con tiempos de clampaje de aorta entre 60 y 120 minutos e hipotermia de 28 a 30º C; se presenta como una vía alternativa directa, amplia, relativamente fácil y cómoda para cirujanos, entre los cuales cada día tiene mas aceptación dentro de la cardiocirugía. La complicación poco frecuente que puede suceder es bloqueo auriculoventricular completo o parcial, sobre todo cuando se reseca un área significativa de tabique interauricular, que también puede suceder con la técnica clásica.

La vía transeptal expone diferentes estructuras del corazón, a manera de una cardiotomía exploradora ([16])([17]), porque al abrir ampliamente aurícula derecha podemos explorar todo el tabique interauricular, seno coronario, válvula tricúspide, ventrículo derecho, tabique interventricular. Al abrir septum es posible explorar válvula mitral, las 4 venas pulmonares, ventrículo izquierdo y su tracto de salida.

Esta vía permite, bajo visión directa y con seguridad colocar en el seno coronario la cánula de cardioplegia retrógrada para protección del miocardio.

Indicaciones de la cardiocirugía transeptal: ([18, 19, 20, 21, 22, 23, 24])

1) Aurícula izquierda pequeña.
2) Adherencias por cirugía previa.
3) Presencia de prótesis aórtica fija.
4) Calcificación del atrio izquierdo.
5) Mixomas del atrio izquierdo.
6) Lesión asociada de válvulas mitral y tricúspide.
7) Cirugía del síndrome de Wolff-Parkinson-White.
8) Cardiopatías congénitas complejas.
9) Cardiopatías adquiridas complejas.
10) Necesidad de usar angioscopia y transiluminación cardiovascular.

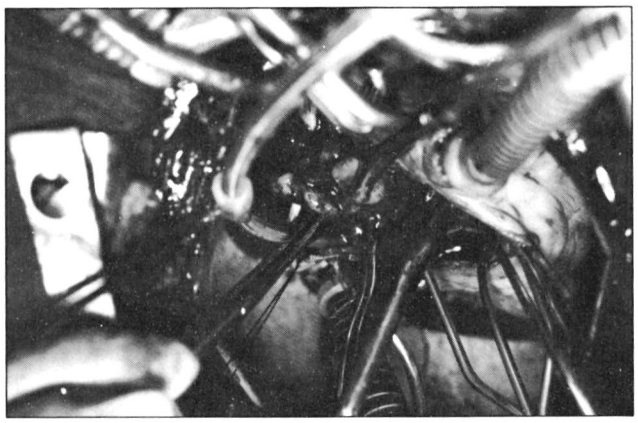


Fig. 4.- Extirpación de mixoma de auricula izquierda vía transeptal

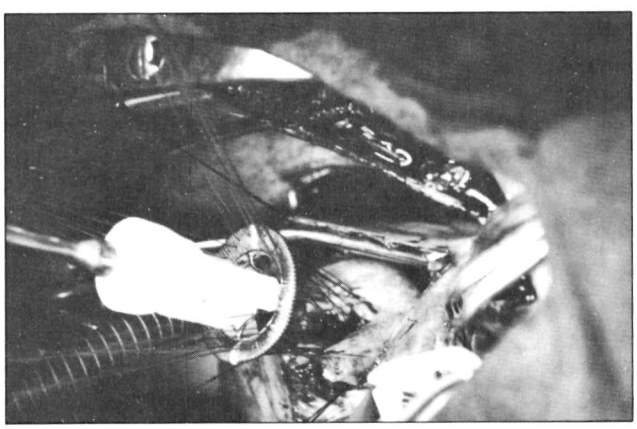


Fig. 5.- Reemplazo de válvula mitral via transeptal

DISCUSION

Visto el panorama que ofrece la vía transeptal, sugerimos, a manera de un aporte a la cardiocirugía, que el campo de exploración de esta vía se amplíe, aún más, cuando el cirujano en el transoperatorio introduce el angioscopio cardiovascular en el ventrículo derecho puede inspeccionar el íntegro del tabique interventricular, válvula pulmonar y la misma arteria pulmonar con sus ramas, ver el conducto arterioso persistente. Como el septum interauricular está abierto podemos ingresar con el angioscopio hacia las 4 venas pulmonares, explorar el aparato sub-valvular mitral, toda la cavidad del ventrículo izquierdo incluido el septum interventricular, por el tracto de salida de ventrículo izquierdo podemos explorar la válvula aórtica, senos de valsalva, ostium de coronarias y la arteria aorta ascendente hasta el nivel de clampaje. Combinada la angioscopía

con la transiluminación es posible la evaluación y corrección precisa de todas las comunicaciones interventriculares, interauriculares, canales atrioventriculares, fístulas, drenaje anómalo de venas pulmonares, seno coronario, transposición de grandes vasos, enfermedad de Ebstein y en general la mayoría de cardiopatías congénitas, adquiridas y vegetaciones por endocarditis; ya que la vía transeptal apertura las cavidades del corazón y grandes vasos a manera de cardiotomía exploradora, haciendo más segura, sencillas y de bajo costo las intervenciones de corazón.

CONCLUSIONES

La cardiocirugía transeptal ha sido desarrollada con resultado satisfactorio en el Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo" del Instituto Peruano de Seguridad Social de Chiclayo, Perú, sin complicaciones inmediatas, ni tardías con la perspectiva de tecnología de punta, asociada al uso del angioscopio y la transiluminación cardiovascular para resolver las cardiopatías congénitas y adquiridas complejas de una manera segura y a bajo costo, todo lo cual, le da valor social y de investigación en salud, dentro y fuera del país.

Correspondencia:
Dr. Luis Ciudad Miñano
Departamento de Cirugía Cardiovascular, INCOR.
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo
Chiclayo - Perú

BIBLIOGRAFIA

1) **Khonsari S, Sintek C:** Transatrial Approach Revisted. Ann Thorac Surg 1990; 50: 1002 - 1003.
2) **Gotoh Y, Kuribyashi R, et al:** Surgical treatment of cardiac myxomas. Kyobu Geka 1993 Dec: 46(13): 1115 - 1118.
3) **Carpenter A:** Cardiac valve surgery. The «French correction». J. Thorac Cardiovasc Surg. 1983, 86: 323 - 337.
4) **Smith CR:** Techniques in cardiac transplantation. Prog. Cardiovasc Dis. 1990, 32: 383 - 403.
5) **Smith CR:** Septal superior exposure of the mitral valve. The transplant approach. J. Thorac Cardiovas Surg. 1992 Apr; 103(4): 623 - 628.
6) **Hejnal J, Pirk J, Florian M:** Transseptal approach to the left atrium. Cor Vasa. 1993; 35(6): 233 - 236.
7) **Chang BC, Shuessler RB, Stone CM, et al**: Computerized activation sequence mapping of the human atrial septum. Ann Thorac Surg 1990; 49: 231 - 241.
8) **Mitchell AG, Yacoub MH:** Conduction between donor and recipient atria following orthotopic cardiac transplantation. Br Heart J. 1985; 54: 615 - 616.
9) **Luisi VS. Caparrotti S:** Extended vertical transatrial septal approach for the romoval of the left atrial myxoma. Ann Thorac Surg. 1993 Nov; 56(5) 1216.
10) **Kaplan LJ, Weiman DS, et al:** Infected biatrial myxoma: transesophageal guided surgical resection. Ann Thorec Surg. 1994 Feb; 57(2): 487 - 8; discusion 488 - 489.
11) **El-Saegh MM, Aly MA, et al:** Transseptal approch for mitral valve surgery. A safe alternative when the need calls. Tex Heart Inst. J. 1993; 20(1): 23 - 27.
12) **Guiraudon GM, Ofiesh JG, Kaushik R:** Extended vertical transatrial septal approach to the mitral valve. Ann Thorac Surg. 1991 Nov; 52(5): 1058 - 1060; discusion 1060 - 1062.
13) **Zacharias A:** Alternative method to improve exposure for difficult mitral valve procedures. Ann Thorac Surg 1986; 42: 336 - 337.
14) **Bowman FO, Malm JR:** The transseptal approach to mitral valve repair. Arch Surg. 1995; 90: 329 - 331.
15) **McGrath LB, Levett JM, Gonzalez-Lavin L:** Safety of the right atrial approach for combined mitral and tricuspid valve procedures. J. Thorac Cardiovasc Surg 1988; 96: 756 - 759.
16) **Dubost C, Guilmet D, Parades B, et al:** Nouvelle technique d'uoverture de l'oreillette gauche en chirurgie a coeur ouvert: l'abord biauriculaire transseptal. Presse Med. 1966; 74: 1607.
17) **Richi AA, Sade RM, May MG, Honh AR:** Repair of left atrial abnormalities in children by the superior approach. Ann Thorac Surg. 1981; 31: 433 - 436.
18) **Hirt Sw, FRimpong-Boateng K, Bordt HG.** The superior approach to the mitral valve. Is it worth while ?. Eur J. Cardiothorac Surg 1988; 2: 372 - 376.
19) **Miralles A, Bracamonte L, et al:** Intracardiac myxoma: surgical treatment with transseptal approach. Helv Chir Acta 1990 Oct; 57(2): 203 - 207.
20) **Kyger ER, Coselli M, Kalchofff WP:** A method for improved exposure of the mitral valve: cannulation of. innominate vein and division of superior venacava for extended left atriotomy in mitral valve operations. J. Thorac Cardiovasc Surg. 1986; 91: 143 - 146.
21) **Selle JG:** Temporary division of the superior vena cava for exceptional mitral valve exposure. J. Thorac Cardiovasc Surg 1984; 88: 302 - 304.
22) **Brawley RK:** Improved exposure of the mitral valve in patiens with a small left atrium. Ann Thorac Surg. 1980; 29: 179 - 181.
23) **Campanella C, Cameron E, Failberg VL:** Mitral prosthetic replacement in small left atria. Ann Thorac Surg 1990; 50: 836 - 837.
24) **Guiraudon GM, Klein GJ, et al:** Surgical approach to anterior septal accesoru pathways in 20 patiients with the Wolff-Parkinson-White syndrome. Eur. J. Cardiothorac Surg. 1988; 2: 201 - 206.

Atresia Duodenal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



Dr. Miguel A. Hermoza Mogollón *

RESUMEN

De 1986 a 1992 egresaron del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 24 casos con atresia duodenal presentándose una mortalidad global del 33%. Todos los pacientes fallecidos fueron operados dentro de las primeras 72 horas de vida y si bien la mortalidad relativa fue mayor en los recién nacidos con menos de 2,500 gr. de peso al nacer, gravitó más en la mortalidad las cromosomopatías y anomalías congénitas coexistentes asociadas. La técnica operatoria que mejores resultados dieron fue la duodenoyeyunoanastomosis laterolateral transmesocólica isoperistáltica y las causas terminales de muerte fueron los procesos infecciosos. Se recomienda una buena selección de los casos y la elección adecuada del momento para realizar un acto quirúrgico como medidas para reducir esta alta mortalidad.

Palabras Claves: Atresia Duodenal, Anomalías Congénitas.

DUODENAL ATRESIA OF THE EDGARDO REBAGLIATI MARTINS NATIONAL HOSPITAL

SUMMARY

Between 1986 and 1992, 24 cases of duodenal atresia were recorded in the Service of Pediatric Surgery of IPSS National Hospital Edgardo Rebagliati Martins, with a global mortality of 33%. All dead patients were operated during the first 72 hours of life and, even though relative mortality was greater in newborns weighting less than 2,500 gr when being born, chromosomopathies and coexistent associated congenital anomalies had more influence on mortality. The operative technique from which the best results were obtained was isoperistaltic transmesocolic laterolateral duodenoyeyunoanastomosis and the terminal causes of death were infectious processes. It is recommended an adequate selection of cases and an accurate selection of the time for carring out a surgery as means of reducing such high mortality

Key words: Duodenal atresia, congenital anomalies

INTRODUCCION

La atresia duodenal es una malformación congénita del duodeno que impide el libre pasaje del contenido gástrico y duodenal, hacia los segmentos inferiores del intestino. Se produce por la falta de recanalización del duodeno, después de su oclusión epitelial durante la tercera y cuarta semana del desarrollo normal ([1, 2, 3]) y parece formar parte de un proceso generalizado y asociado a una alta frecuencia de prematuridad, síndrome de Down y malformaciones del aparato digestivo y de otros órganos o sistemas ([4, 5]).

La incidencia de atresia duodenal varía de acuerdo a las series y va de 1/40,000 a 1/1,500 recién nacidos vivos ([1, 5, 6, 7]). En el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, del Instituto Peruano de Seguridad Social, se reportó en 1990 ([8]) una incidencia de 1/4,301 recién nacidos vivos y representó el 17.2% de todos los casos de obstrucción intestinal neonatal congénita registrados entre 1986 y 1989.

La mortalidad por atresia duodenal ha disminuido progresivamente hasta llegar actualmente a una sobrevivencia de aproximadamente 90% ([4, 6, 9, 10, 11]) y está más en relación al manejo post-operatorio y las anomalías congénitas coexistentes que con la técnica quirúrgica.

La mortalidad por atresia duodenal es desconocida en el Servicio de Cirugía Pediátrica del H.N.E.R.M - IPSS por lo que este estudio tiene como objetivo determinar el índice de mortalidad y los factores que lo elevan tales como peso al nacer, anomalías congénitas coexistentes, técnica quirúrgica empleada y causa terminal de fallecimiento.

MATERIAL Y METODOS

Entre enero de 1986 y diciembre de 1992, ingresaron del Servicio de Cirugía Pediátrica del H.N.E.R.M. del IPSS 24 recién nacidos con diagnóstico de atresia duodenal, 21 de ellos nacidos en la maternidad del hospital y los tres restantes, referidos de otros centros hospitalarios del IPSS; los mismos que constituyen nuestra casuística.

Se revisaron las historias clínicas de estos pacientes y todos los datos pertinentes a la investigación se recolectaron en una ficha especial.

(*) *Jefe del Dpto. de Cirugía Pediátrica*
***Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins** - Lima 11 - IPSS.*

Se utilizó la clasificación de Waterston adecuada por Nixon y Tawes (9) para los casos de atresia intestinal para cruzar la información pertinente.

RESULTADOS

La mortalidad global por atresia duodenal, fue del 33% y todos los fallecimientos, ocho, se produjeron entre los pacientes operados dentro de las primeras 72 horas de nacidos (tabla 1). No existió diferencia en cuanto al sexo.

TABLA 1.- ATRESIA DUODENAL EDAD AL MOMENTO DE INTERVENCION - MORTALIDAD

Edad (días)	Nº	Fallecidos	%
1	9	4	44
2	5	2	40
3	4	2	50
>3	6	-	-
TOTAL	**24**	**8**	**33**

Todos los pacientes con peso inferior a 2,000 gr. fallecieron y la mortalidad, descendió significativamente a medida que se incrementó el peso al nacimiento (tabla 2). Cinco de nuestros pacientes tuvieron menos de 2,500 gr. al nacer falleciendo tres de ellos.

TABLA 2.- ATRESIA DUODENAL PESO AL NACER Y MORTALIDAD

Peso (gr.)	Nº	Fallecidos Nº	%
< 2,000	2	2	100
2,000 - 2499	3	1	33
> 2,500	19	5	26
TOTAL	**24**	**8**	**33**

Siete de los 24 casos, 29%, presentaron síndrome de Down y dentro de ellos, falleció el 43% (tabla 3).

TABLA 3.- ATRESIA DUODENAL SINDROME DE DOWN Y MORTALIDAD

	Nº	Fallecidos Nº	%
Normal	17	5	29
Síndrome de Down	7	3	43
TOTAL	**24**	**8**	**33**

Las malformaciones congénitas asociadas más frecuentes fueron malrotación intestinal, cardiopatía congénita, atresia yeyunoileal y páncreas anular (tabla 4). Otras no menos importantes, fueron atresia esofágica con fístula traqueoesofágica y malformación anorectal alta sin fístula. La cardiopatía congénita contribuyó en la muerte del 60% de los casos que la presentaron.

TABLA 4.- ATRESIA DUODENAL OTRAS MALFORMACIONES

Malformaciones	Nº	%	Fallecidos Nº	%
Malrotación	6/24	25	1/6	17
Cardiopatía	5/24	21	3/5	60
Atresia yeyunoileal	2/24	21	2/2	100
Pancreas anular	1/24	8	-	-
Atresia esofágica	1/24	4	1/1	100
Malformación anorectal altal	1/24	4	-	-
Dextrocardia	1/24	4	-	-
Estenosis yeyuno	1/24	4	-	-
Hernia Inguinal	1/24	4	-	-
Criptorquidia	1/24	4	-	-
Microtia	1/24	4	-	-
D. Meckel	1/24	4	-	-
V. Biliar Bilobulada	1/24	4	-	-

De acuerdo a la clasificación de Waterston adecuada por Nixon y Tawes (9) para atresias intestinales, todos los fallecimientos se presentaron en el grupo C de dicha clasificación, constituyendo esto el 57% de los casos (tabla 5).

TABLA 5.- ATRESIA DUODENAL CLASIFICACION DE WATERSTON Y MORTALIDAD

Clasificación	Nº	Fallecidos	%
A: > 2,500 grs s/anomalías	4	-	-
B: > 2,000 - 2,500 s/anomalías 2,500 gr c/anomalías moderadas	6	-	-
C: < 2,000 gr. s/ anomalías 2,000 - 2,500 gr c/anomalías moderadas > 2,500 gr. c/anomalías graves	14	8	57
TOTAL	**24**	**8**	**33**

Para confirmar este hallazgo se cruzó especificamente, la variable peso, con la coexistencia o no de malformaciones congénitas, y se encontró que en el grupo de pacientes sin malformaciones asociadas ocurrió sólo un fallecimiento,

el 14%, el mismo que fue ocasionado por las condiciones propias de la prematuridad del paciente (tabla 6). En contraposición a esto, en el grupo con malformaciones coexistentes se presentó el 41% de defunciones.

TABLA 6.- ATRESIA DUODENAL PESO MALFORMACIONES ASOCIADAS - MORTALIDAD

Peso (gr.)	Nº	Fallecidos	%
Sin Malformaciones Asociadas			
< 2,000	1	1	100
2,000 - 2,500	2	-	-
> 2,500	4	-	-
TOTAL	**7**	**1**	**14**
Con Malformaciones Asociadas			
< 2,000	1	1	100
2,000 - 2,500	2	1	50
> 2,500	14	5	36
TOTAL	**17**	**7**	**41**

El tipo IIIa de atresia duodenal causó, proporcionalmente, mayor número de fallecimientos en relación a los otros tipos de atresia (tabla 7).

TABLA 7.- ATRESIA DUODENAL TIPO DE ATRESIA Y MORTALIDAD

Tipo	Nº	Fallecidos Nº	%
I (Diafragma)	19	6	32
III (Cordón)	1	-	-
IIIa (Defecto en V)	4	2	50
TOTAL	**24**	**8**	**33**

El procedimiento quirúrgico más usado fue la anastomosis duodenoyeyunal transmesocólica isoperistáltica en 12 de los 24 casos de atresia duodenal. Con menos frecuencia fue realizada la duodenotomía longitudinal con resección del diafragma y duodenorrafía transversal; y la resección intestinal con enteroplastía y anastomosis término terminal con cinco casos en cada una de ellas. Otros procedimientos fueron gastroenteroanastomosis laterolateral y gastrostomía (tabla 8)

La menor mortalidad fue encontrada en la duodenoyeyuno anastomosis laterolateral con el 17% de los casos que fueron sometidos a este procedimiento seguida por la duodenotomía longitudinal con 20% de los pacientes en quienes se practicó esta técnica (tabla 9). Los tres procedimientos restantes estuvieron asociados a altos porcentajes de mortalidad.

TABLA 8.- ATRESIA DUODENAL - TECNICA QUIRURGICA - MORTALIDAD

Técnica	Nº	Fallecidos Nº	%
Gastrostomía	1	1	100
Gastroenteroanastomosis			
Latero Lateral GEALL	1	1	100
RI + EP + A TT	5	3	60
Resección Diafragma RD	5	1	20
RI + DYALL	12	2	17

RI : Resección Intestinal
EP : Enteroplastía
ATT : Resección Diafragma
DYALL : Duodenoyeyuno Anastomosis Latero Lateral

TABLA 9.- ATRESIA DUODENAL COMPLICACIONES QUIRURGICAS POSTOPERATORIAS Y MORTALIDAD

Complicación	Nº	%	Fallecidos Nº	%
Obstrucción Intestinal	3/24	12	2	67
Retardo Func. Anastomosis	2/24	8	-	-
Dehiscencia Anastomosis	2/24	8	-	-
Infección Herida	2/24	8	-	-
Dehiscencia Herida	1/24	4	-	-
Lesión Colédoco	1/24	4	-	-

Las complicaciones quirúrgicas post-operatorias no incidieron significativamente en la mortalidad, ya que sólo dos pacientes que las presentaron fallecieron. Varios pacientes presentaron más de una complicación. De estas, las más importantes fueron obstrucción intestinal, dehiscencia de la línea anastomótica y retardo en el funcionamiento de la anastomosis (tabla 10).

Las complicaciones médicas post-operatorias fueron variadas y a la postre ocasionaron la muerte de los pacientes (tabla 10). Los pacientes presentaron una o más de estas predominando las infecciosas.

Las causas terminales de muerte más frecuente fueron septicemia y prematuridad (tabla 11).

TABLA 10.- ATRESIA DUODENAL COMPLICACIONES MEDIDAS POSTOPERATORIAS Y MORTALIDAD

	Nº	%	Fallecidos
Hiperbilirrubinemia	8/24	33	-
Hiponatremia	6/24	25	-
Septicemia	4/24	17	17
Convulsiones	3/24	13	-
Acidosis Metabólica	1/24	8	-
I. Renal Aguda	1/24	4	1
Neumonía	1/24	4	1
Hemorragia Digestiva	1/24	4	-
Distress Respiratorio	1/24	4	-
Policitemias	1/24	4	-
Apnea	1/24	4	1
Hipotermia	1/24	4	-
Discrasia Sanguínea	1/24	4	1

TABLA 11.- ATRESIA DUODENAL CAUSA DE FALLECIMIENTO

Causa	Nº	%
Septicemia	4	50.0
Prematuridad	2	25.0
I. Renal Aguda	1	12.5
Neumonía	1	12.5
TOTAL	**8**	**100.0**

DISCUSION

La mortalidad global por atresia duodenal ha disminuido progresivamente de manera significativa. Hace aproximadamente cuarenta años atrás ésta era del orden del 90% ([12]) pero actualmente hay series que reportan sólo el 10% de mortalidad ([4, 6, 9, 11, 13]). Las razones que han influido en esta mejoría son los avances en el cuidado del neonato y el uso de la nutrición parenteral total. Este estudio reporta 33% de mortalidad, cifra difícil de comparar, en nuestro medio, por falta de información al respecto.

La elección del momento oportuno para la intervención quirúrgica es de suma importancia. La atresia duodenal de por sí, no es una emergencia ([3]). Si el recién nacido está en buenas condiciones y se ha descartado otras malformaciones asociadas que pongan en peligro su vida, puede ser operado dentro de las primeras 24 horas de vida. Si el paciente se encuentra en malas condiciones y se ha descartado la malrotación intestinal con vólvulo de intestino medio, la intervención quirúrgica puede ser retrasada todo el tiempo que sea necesario hasta corregir la descompensación cardiaca motivada por cardiopatía congénita y los disturbios hidrometabólicos o respiratorios que presente; siempre que esté sometido a descompresión gástrica por medio de sonda nasogástrica y a nutrición parenteral total ([6]). El apresuramiento en estos casos incrementa el riesgo de muerte. En esta serie, todos los pacientes fallecidos fueron operados dentro de las primeras 72 horas de vida (tabla 1).

Esta malformación congénita se encuentra asociada a un alto porcentaje de prematuridad así como a síndrome de Down y otras malformaciones congénitas graves, moderadas o leves referidas al aparato digestivo y otros órganos y sistemas. ([3, 7, 11, 14, 15]). si bien el peso al nacimiento es un factor gravitante, lo son aún más la cromosomopatía y las malformaciones graves o moderadas coexistentes hecho que se comprobó en esa serie (tablas 2, 3, 4, 5 y 6). El 43% de los pacientes con síndrome de Down fallecieron. Esta asociación de atresia duodenal con síndrome de Down plantea uno de los problemas éticos más difíciles en nuestra especialidad, problema que en nuestro medio no es encarado en su debido magnitud. Debería seleccionarse cuidadosamente estos casos antes de ser sometidos a cirugía ya que un alto porcentaje de estos pacientes portan otras malformaciones severas, especialmente cardiacas. el cirujano pediatra deberá explicar detalladamente a los familiares las implicancias futuras que este síndrome conlleva a fin de que ellos tomen la decisión adecuada y no presionarlos, como sucede muchas veces, para llevar a cabo la intervención quirúrgica. Las otras malformaciones congénitas asociadas a atresia duodenal pueden ser muy variables siendo las más frecuentes malrotación intestinal y cardiopatía congénita pero las que más contribuyen a la mortalidad son atresia esofágica con fístula traqueoesofágica y cardiopatía congénita como se comprueba en esta serie.

El tipo de atresia duodenal, de por sí, tampoco influye en la mortalidad puesto que todos los pacientes fallecidos tuvieron asociados, síndrome de Down y otra malformación congénita moderada o grave; excepto un caso que falleció a causa exclusiva de su prematuridad.

Las técnicas operatorias usadas para corregir la atresia duodenal que mejores resultados han dado en esta serie, tanto en supervivencia como en relación a las complicaciones quirúrgicas post-operatorias, fueron la duodenoyeyunoanastomosis laterolateral y la duodenostomía longitudinal con resección del diafragma y duodenorrafía transversal (tabla 9 y 10). La duodenoyeyunoanastomosis laterolateral transmesocólica isoperistáltica es un procedimiento quirúrgico fácil de realizar y conlleva escasas complicaciones quirúrgicas post-operatorias que en esta serie se remitió sólo a retardo en el funcionamiento de las anastomosis en dos de los doce casos en quienes fue realizada. La duodenotomía longitudinal con resección directa del diafragma, también es una buena técnica para estos casos pero presenta el peligro de lesionar la desembocadura de los conductos biliar y pancreático los mismos que pueden localizarse en cualquier sitio del diafragma ([3]). La literatura refiere que la denostomía términoterminal es mucho más

fisiológica por cuanto disminuye la frecuencia de disfunción anastomótica pero tiene como desventaja la obstrucción intestinal post-operatoria a causa de la excesiva disección que demanda esta técnica ([3, 5]). La disfunción de la anastomosis, más que de la técnica operatoria, depende del grado de dilatación del intestino proximal al segmento atrésico y mejora con la descompresión por medio de sonda nasogástrica en un lapso de dos a tres semanas; tiempo en el cual el paciente es sometido a nutrición parenteral total.

La resección duodenal con enteroplastía y anastomosis duodenoduodenal términoterminal presentó en esta serie alta mortalidad y mayor número de complicaciones quirúrgicas post-operatorias que las otras técnicas mencionadas. La complicación más frecuente fue obstrucción intestinal que motivó reoperaciones. Esta técnica debería ser contraindicada por el peligro de lesión de la ampolla de Vater, próxima a la atresia, durante una resección no muy cuidadosa; como sucedió en uno de los casos de esta serie ([7]).

La gastroyeyunoanastomosis es una técnica en desuso por los riesgos consabidos de úlcera en el borde de las anastomosis y la gastrostomía de por sí no es una técnica que resuelva la atresia duodenal.

Si se usan las técnicas actualmente aceptadas, los riesgos de complicaciones quirúrgicas post-operatorias se reducirán al mínimo y se evitarán reintervenciones innecesarias. La mortalidad post-operatoria, más que en el uso de estas técnicas, redundando en lo dicho, está en relación con las cromosomopatías y malformaciones congénitas asociadas a la atresia duodenal.

Los problemas médicos post-operatorios que ocurren en estos pacientes influyen más en la mortalidad que la misma técnica quirúrgica ([9]); de ahí la importancia de los cuidados intensivos neonatales a los cuales deben ser sometidos estos pacientes (tabla 10).

Las causas de mortalidad por atresia duodenal son: prematuridad, graves anomalías congénitas asociadas a disfunción de la anastomosis que lleva a obstrucción funcional con desnutrición y trastornos hidroelectrolíticos ([15]). En esta serie predominó, como causa terminal de muerte, los procesos infecciosos y no existieron problemas funcionales derivados de la anastomosis que condujeran a la muerte (tabla 11).

Se puede mejorar la supervivencia de los pacientes con atresia duodenal si estos reciben un cuidado intensivo neonatal, si se hace un diagnóstico precoz, si los casos son seleccionados de acuerdo a otras anomalías asociadas, si se elije el momento adecuado para la correción quirúrgica, si se hace la corrección primaria con una técnica adecuada y si se emplea a largo plazo la nutrición parenteral total. ([11]) La serie presentada muestra una mortalidad alta para las cifras aceptadas actualmente a nivel mundial y pienso que se relaciona a la intervención quirúrgica precoz y a la falta de una selección adecuada de los pacientes con atresia duodenal.

CONCLUSIONES

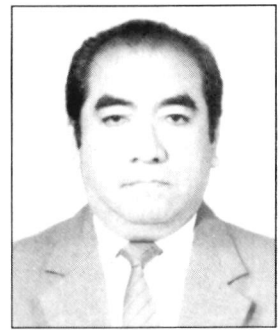
1) La mortalidad por atresia duodenal en el Servicio de Cirugía Pediátrica del HNERM - IPSS sigue siendo alta.
2) La mortalidad está altamente influenciada por la cromosomopatía y malformaciones congénitas asociadas.
3) La duodenoyeyunoanastomosis laterolateral transmesocólica isoperistáltica es la que mejor resultados presenta.
4) Las causas terminales de fallecimiento más frecuente son los procesos infecciosos.

Correspondencia:
Dr. Miguel A. Hermoza Mogollón
Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Jr. Edgardo Rebagliati s/n. Jesús María.

BIBLIOGRAFIA

1) **Gray WS, Skandalakis JE:** Anomalías congénitas. Ed. Pediátrica. Barcelona 1975. p: 163.
2) **Langhan J:** Embriología médica. Ed. Interamericana, México. 2da. Ed. 1969. p: 232.
3) **Raffensperger JG:** Swanson's Pediatric Surgery. Appleton Century. Croft. New Yor. 1980. p: 461.
4) **Fonkalsrud EW, de Lorimier AA, Hays DM:** Congenital atresia and stenosis of the duodenum. A review compiled from the membres of the Surgical Section of the American Academy iof Pediatrics. Pediatrics 43: 79, 1969.
5) **Ghory MJ, Sheldon CA:** Urgencias quirúrgicas del tubo digestivo en el recién nacido. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Ed. Interamericana. 5: 1115, 1985.
6) **Schnaufer L:** Duodenal atresia, stenosis and annular pancreas. In Pediatric Surgery of Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, et al. Year Book Medical Publishers, Inc. Chicago. 4th ed 1986. Tomo II. p: 829.
7) **Wayne E:** Atresia y estenosis duodenal. Separatas del Curso Internacional Pre-Congreso "Medicina y Cirugía Neonatal: XI Congreso Panamericano de cirugía Pediátrica. 24 - 30. Octubre 1988. Lima. Cuzco Perú.
8) **Hermoza M, Barreto L:** Obstrucción intestinal neonatal congénita. Libro de Resúmenes del IX Congreso Peruano de Cirugía Pediátrica. Lima. Perú. 29 de noviembre - 01 diciembre de 1990.
9) **Nixon HH, Tawes R:** Etiology and treatment of small intestinal atresia: Analysis of a series of 127 jejunoileal atresia and comparison with 62 duodenal atresias. Surgery 69: 41, 1971.
10) **Grosfeld JL, Ballantine TVN, Shomaker R:** Operative management of intestinal atresia and stenosis base on pathologic findings. J. Pediatr. Surg. 14: 368, 1979.
11) **Touloukian RJ:** Atresia intestinal. Clínicas de Perinatología. Ed. Interamericana. México. Vol 1: 3, 1979.
12) **Evans Ch:** Collective review. Atresias of the gastrointestinal tract. Surg. Gynecal Obste 92: 1, 1951.
13) **Wayne E, Burrington J:** Management of 97 children with duodenal obstruccion. Arch. Surg. 107: 857, 1973.
14) **Lovw JH:** Resection and end-to-end anastomosis in the management of atresia and stenosis of the small bowel. Surgery 62: 940, 1967.
15) **Touloukian RJ:** Atresia y estenosis intestinales. en Cirugía Pediátrica de Holder TM y Aschraft KW. Ed. Interamericana. México. 1984. p: 367.

Test de Estimulación con Progesterona en la Detección de Hiperestrogenismo en mujeres Post-menopáusicas asintomáticas



Drs. Juan Serrepe A., Juan Silva S.**, Félix Mesta C.***, Segundo Vigo A.***.*

RESUMEN

Con el propósito de estudiar la utilidad del test de provocación con progesterona para la detección precoz de patología endometrial en mujeres postmenopáusicas asintomáticas; procedimos a la aplicación de 250 mg. de Caproato de Hidroxiprogesterona vía IM a 70 mujeres postmenopáusicas asintomáticas, captadas en el consultorio externo de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - IPSS - Chiclayo. Se consideró el test positivo o negativo de acuerdo con la presencia o ausencia de sangrado uterino; se esperó 30 días y a todas las pacientes independientemente del resultado se sometieron a la biopsia con cureta de Novak; para posteriormente efectuarse el estudio histológico del endometrio. El test positivo mostró el 14.29% de endometrio hiperplásico en mujeres postmenopáusicas asintomáticas; permitiendo en el futuro un poder selectivo de las pacientes, puesto que el curetaje diagnóstico estará dirigido sólo a las postmenopáusicas que sangran con el test y de esta manera detectar e instituir en forma precoz el tratamiento de lesiones consideradas en algunas mujeres como premalignas para el carcinoma endometrial.

Palabras Claves: Test de estimulación, postmenopausicas, mujeres, progesterona

STIMULATION TEST WITH PROGESTERONE IN DETECTION OF HYPERSTROGENISM IN ASINTOMATIC POSTMENOPAUSAL WOMEN

SUMMARY

In order to demostrate the usefulness of the Progesterone Provocation Test (PPT) for early detection of endometrial pathology in asyntomatic postmenopausia women, we injected 250 mg. of Hidroxiprogesterone - caproato intramusculary to 70 posmenopausal women who went for Gynecology consult at External Attention Service of "AAA" National Hospital IPSS Chiclayo. According to presence or absence of uterine bleeding the PPT was considered negative or positive in a time of 30 days. All women were given biopsy of endometric by Novak - curetta and then sent for histopathologic study. The positive PPT showed 14.29% of hyperplasic endometrio. That is stimulated oestrogeñically, and on the contrary the negative PPT had 1.43% of hyperplasia endometrio. The sensibility got 90.9% and the specificity 100%. We conclude that PPT-positive gets relation with hyperplasic endometric of asyntomatic post-menopausal women meanly. So, this permit us to select patients who bleed with the PPT for practice D and C diagnostic and give early treatment to lesions considered high risk of endometrial carcinoma.

Key words: Stimulation test, postmenopausal, womwn progesterone

INTRODUCCION

Toda mujer experimenta en la postmenopausia, una disminución progresiva de esteroides como consecuencia de la depleción folicular ovárica y los cambios involutivos en este órgano, entre los que se destaca la esclerosis arteriolar obliterativa y la fibrosis cortical [1,2]. No obstante, el ovario postmenopáusico no es un órgano completamente inactivo, algunas de sus estructuras pueden convertirse en unidades esteroidogénicas activas [2].

Por otra parte la estrona, principal estrógeno producido en la postmenopausia, deriva predominantemente de la aromatización periférica de la androstenediona, cuya cantidad se incrementa adicionalmente con la edad, obesidad, enfermedades hepáticas, hipertiroidismo, etc. El estradiol, en esta etapa de la vida, deriva mayormente de la estrona.

En consecuencia, en la población postmenopáusica, pueden existir mujeres con niveles estrogénicos iguales o mayores a los considerados normales en la edad reproductiva y por lo tanto no requerirán terapia de sustitución hormonal, e incluso pueden estar propensas a desarrollar patología endometrial premaligna o maligna o el hiperestrogenismo ser expresión de un tumor funcionante del ovario.

El endometrio es el órgano blanco de la acción de las hormonas esteroideas. El concepto de que los estrógenos pueden producir cambios hiperplásicos, inclusive malignos, en tejidos sensibles no es nuevo [3,4]. A mediados de

(*) *Jefe del Servicio de Ginecología*
(**) *Asistente del Servicio de Ginecología*
(***) *Internos de Medicina.*
***Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo** - IPSS Chiclayo - Perú*

1970 se renovó el interés ya que estudios retrospectivos indicaron que la terapéutica con estrógenos aumentaba el riesgo de cáncer endometrial en mujeres postmenopáusicas ([5, 6, 7]). La progesterona y todos los progestágenos contrarrestan las acciones de los estrógenos por medio de la reducción del nivel de los receptores de estrógenos, el aumento de la tasa del metabolismo del estradiol a los compuestos inactivos y la interferencia con las acciones transcripcionales de los estrógenos a través de mecanismos todavía no determinados ([8, 9, 10]).

Existen muchas pruebas, de confiabilidad variada, para identificar directa o indirectamente el estado de hiperestrogenismo en la postmenopáusica que contraindicaría innecesario el uso de hormonoterapia de reemplazo o que permitiría catalogarla como de alto riesgo para cáncer de endometrio; entre estas se incluye la citología hormonal vaginal, el patrón de helecho del moco cervical, la biopsia del endometrio, la medición de gonadotropina sérica y de las concentraciones de estrógenos en suero y orina y otras pruebas más sofisticadas como la detección de marcadores tumorales. Sin embargo el Test de Provocación con Progesterona (TPP), que es altamente confiable y con menor penetración corporal, detecta la proliferación endometrial provocada por estrógenos, exógenos o endógenos al producir hemorragia por supresión hormonal, detectando de esta manera en forma indirecta un estado de hiperestrogenismo.

Gambell et. al. ([11]), propusieron en 1980 el TPP para identificar menopáusicas con alto riesgo para cáncer endometrial, y utilizaron progestágenos por vía oral. Hanna et. al. ([12]), en 1983 aplicaron el test con 100 mg. de progesterona intramuscular.

Queremos demostrar que el TPP es altamente eficaz en la detección de estados de hiperestrogenismo en la postmenopáusica. La importancia de este estudio radica en la aplicación de esta prueba, poco costosa y menos invasiva en la detección de estados hiperestrogénicos en la postmenopáusica en quien, por una parte evitaría la utilización de la terapia de sustitución estrogénica con el consiguiente ahorro económico y por otra alerta a la búsqueda de lesiones endometriales premalignas o malignas o de tumores funcionantes del ovario.

MATERIAL Y METODOS

Estudiamos a setenta mujeres postmenopáusicas asintomáticas seleccionadas al azar, ambulatoriamente, en el consultorio externo de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - IPSS Chiclayo, en un período comprendido desde el primero de agosto de 1994 hasta el 30 de marzo de 1995.

Conceptuamos como postmenopáusicas a las mujeres con una edad igual o mayor de 40 años, con amenorrea de por lo menos 1 año.

La edad de las postmenopáusicas estudiadas varió de 43 a 75 años.

En todas se empleó una hoja protocolo que incluía si había recibido o no tratamiento hormonal y su diagnóstico. Todas fueron sometidas al TPP, para los cual se les administró 250 mg. de Caproato de Hidroxiprogesterona intramuscular y, para la evaluación se esperó 30 días para que informen si había o no sangrado endometrial.

TABLA 1.- RESULTADO HISTOLOGICO DE ENDOMETRIO EN 70 MUJERES POSTMENOPAUSICAS POSTERIOR A TEST DE PROVOCACION DE PROGESTERONA

Endometrio	Test Negativo		Test Positivo	
	Nº	%	Nº	%
Estroma y escasas glándulas	14	20.00	-	-
Atrófico	45	64.28	-	-
Hiperplasia simple	1	1.43	9	12.86
Hiperplasia Adenomatosa	-	-	1	1.43
Hiperplasia Atípica	-	-	-	-

TABLA 2.- HIPERPLASIA DE ENDOMETRIO EN RELACION AL TPP EN 70 MUJERES POSTMENOPAUSICAS

Endometrio	Test de Progesterona		Total	% Positivo
	Positivo	Negativo		
No Hiperplásico	0	59	59	0
Hiperplásico	10	1	11	90.9
Total	**10**	**60**	**70**	**14.28**

TABLA 3.- SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TPP EN 70 MUJERES POSTMENOPAUSICAS SINTOMATICAS

	Hiperplasia	No Hiperplasia	Total
PPP (+)	10	0	10
PPP(-)	1	59	60
Total	**11**	**59**	**70**

La sensibilidad fue del 90.9%
La especificidad fue del 100%

El test fue considerado positivo o negativo, de acuerdo a la presencia o ausencia de sangrado uterino respectivamente. Todas las pacientes fueron sometidas a biopsia

con cureta de Novak para su estudio histológico. La tabla de clasificación de los resultados histológicos incluía:

- Estroma y escasas glándulas endometriales.
- Endométrico atrófico.
- Hiperplasia endometrial simple o quística.
- Hiperplasia endometrial adenomatosa.
- Hiperplasia endometrial atípica.
- Cáncer de endometrio.

DISCUSION

El Test de Provocación con Progesterona consiste en la administración de dosis adecuadas de estos esteroides durante cierto tiempo; si actuaron sobre el endometrio suficientemente estimulado por estrógenos, provoca, después de interrumpirse su administración, un sangrado uterino por deprivación hormonal ([13]).

Este test es un método simple y no invasivo de determinar estrógenos, endógenos y exógenos; que están presentes en cantidades adecuadas de causar proliferación endometrial; de allí su introducción como test propedéutico en postmenopáusicas por Gambell et. al. ([11]).

Como se ve en la tabla 1: la histología del endometrio demostró que los pacientes con test negativo presentaron ausencia o escaso endometrio (20%) y endometrio atrófico (64.28%). Además una paciente (1.43%) presentó hiperplasia simple. Dentro de los pacientes con test positivo 9 (12.86%) han presentado hiperplasia simple y 1 (1.43%) hiperplasia adenomatosa. Es decir, hubo cerca de 85% de endometrio no hiperplásico y 15% de endometrio hiperplásico.

El 85% pues, presentó endometrio inactivo, como era de esperar en la postmenopáusica. Este resultado demuestra predominio en post menopáusicas de endometrio inactivo, confirmando lo hallado por otros actores. El 15% de endometrio activo es levemente menor a lo hallado por otros autores, esto es 16.4% y 32.5% ([14, 15, 16, 17]).

El hallazgo de 20% de presencia de material constituido por fragmentos de estroma y escasas glándulas endometriales en cantidades tan reducidas no aptas para el diagnóstico correcto no difiere del brindado por la literatura, la cual, señala variación entre 6 a 28% en asintomáticos ([18, 19, 20, 21, 22]), cuyos autores relataron que en postmenopáusicas, no es nada común obtener material insuficiente por medio de curetaje y biopsia uterina; exactamente por ser endometrio atrófico. En nuestro estudio el test de provocación con progesterona fue positivo en 10 mujeres (14.29%), cifra que se halla dentro de los límites reportados por la literatura que son 12.8% a 35% ([11, 23, 24]).

Se constata en la tabla 2 que el porcentaje del test positivo es significativamente mayor en postmenopáusicas con endometrio hiperplásico, que en las portadoras del endometrio no hiperplásico. Estos se observa, en los estudios hechos por Hanna y et. al. ([18]) que realizaron el test de progesterona en pacientes con hiperplasia adenomatosa observaron haber correlación significativa entre aquellas lesiones y el sangrado posterior a la estimulación con progesterona. El test de progesterona es positivo en mujeres con hiperplasia endometrial, por causa de existencia en todos los casos de receptores de progesterona físicoquímicamente similares y en niveles idénticos a los de endometrio proliferativo avanzado ([25, 26]).

En el estudio hecho por Hanna et. al. ([18]), en 30 pacientes de riesgo para carcinoma endometrial y tomando estrógenos en postmenopáusica, se sometieron al test de progesterona, teniendo como resultado 5 pacientes con resultados positivos; en 3 de los cuales tenía hiperplasia adenomatosa; siendo una de ellas atípica. En las 25 personas que no tuvieron hemorragia por supresión la histología fue del todo normal. No hubo adenocarcinoma en los grupos y aunque el número de pacientes fue pequeño, la diferencia fue significativamente estadística ($p < 0.001$). En la segunda fase de este estudio, en la cual los autores probaron este concepto en 10 pacientes con hiperplasia adenomatosa definida, el test de provocación produjo hemorragia por supresión en 9; confirmando la actividad de estas pruebas para detectar patología endometrial anormal.

En la tabla 3, se puede observar que mostramos una sensibilidad del 90.9% con una especificidad del 100%. En estudios realizados por Marcia M. y Colsen 1993 (27.28%) encontraron una sensibilidad para la detección de actividad proliferativa endometrial del 76% con una especificidad del 100%.

Por todos los aspectos estudiados y discutidos consideramos que el test de provocación con progesterona puede ser aplicado fácilmente a todas las postmenopáusicas ; permitiendo a la vez un poder selectivo ya que lleva a curetaje uterino sólo a los pacientes que sangran (test positivo) de esta manera tendremos la oportunidad de ahondar los estudios para determinar la causa del hiperestrogenismo e instituir tratamiento temprano y adecuado

CONCLUSIONES

1) El Test de Provocación con Progesterona mostró asociación significativa con endometrio hiperplásico en mujeres postmenopáusicas.
2) El Test de provocación con Progesterona tiene una alta sensibilidad y especificidad para la detección precoz de patología endometrial en postmenopáusicas asintomáticas.

Sugerencias:

El Test de Provocación con Progesterona por su selectividad, aceptabilidad, fácil ejecución y bajo costo: debe ser aplicada a todas las mujeres postmenopáusicas con útero intacto, antes de ser sometidas a terapia estrogénica de

sustitución para determinar si realmente la requieren y sobre todo a las mujeres que presentan factores de riesgo de padecer patología endometrial.

Correspondencia:
Juan Serrepe Ascencio
Av. Libertad 332 - Santa Victoria
Chiclayo - Perú

BIBLIOGRAFIA

1) **Lang WR, Apunte GE:** Gross and Microscopic Anatomy of the Aged Female Reproductive Organs. Clin. Obstet. Gynecol. 1967, 10: 454 - 465.
2) **Bigelow B:** Comparison of ovarian and endometrial morphology spanning the menopause. Obstetric. Gynecol. 1958, 11: 487 - 513.
3) **Koss LG, Scheriberg K, Moussoubis H, Overlander SG:** Endometrial Carcinoma and its precursors; Detection and Screening. Clin. Obstet. Gynecol. 25: 49 - 61, 1982.
4) **Garnet JD:** Constitutional Stigmas associated with endometrial carcinoma. Am. J. Obstet. Gynecol, 76: 11 - 19, 1958.
5) **Mack T, & Casagrande FT:** Epidemiology of Ginecologic Cancer: II. Endometrium, ovari, vagina, vulva. in: Coppleson, M. ed. Ginecological Oncoly - Fundamental Pricipales and Clinical Practice. 1a. ed. Edimburg. Churchill & Livingstone, 1981. p. 19 - 35.
6) **Smith DC, Prentice R, Thompson DJ, Herrmann WL:** Asociation of Exogenus Estrogen and Endometrial Carcinoma. N. Engl. J. Med, 293: 1164 - 1167, 1975.
7) **Yen SSC:** The Biology of menopause. J. Reprod. Med, 18: 287, 1982.
8) **Cary WH:** A method of obtaning endometrial smears for study or their cellular conect. Am J. Obstet. Gynecol, 46: 422 - 424, 1983.
9) **Conier E:** The pipelle: A disposable device for endometrial biopsy. Am J. Obstet. Gynecol, 148: 109 - 110, 1984.
10) **Cramer DW, & Kanapp RC:** Review of epidemiologic studies of endometrial cancer and exogenus estrogen. Obstet. Gynecol, 54: 521 - 526, 1979.
11) **Gambell JR, RD, Masse FM, Castañeda TA, Udenas AJ, Ricci CA, Wright JM:** Use of the progestagen challenge test to reduce the risk of endometrial cancer. Obstet. Ginecol, 55: 732 - 738, 1980.
12) **Hanna JH, Kim Brady W, Hill JM, Phillips Gl:** Detection of postmenopausal women at risk for endometrial carcinoma by a progesterone challenge test. Am. J. Obstet. Gynecol. 1983, 147: 872 - 875.
13) **Speroff L, Glass RN, Kase NQ:** Dysfuntional uterine bleeding. In Clinical Gynecologic Endocrinology Intertility. 3a. ed. Baltimore, Williams Wilkings, 1, 983 b. p. 225 - 242.
14) **Safee IE, De Motta AW, De Falaschi AM, Olcese JE, Lotfy H:** Lesiones precursoras del cancer endometrio. Obstet. Ginecol, Latinoam, 42: 144 - 150. 1984.
15) **Alves de Lima Fo. O, & Pereira de Carvalho WD:** Tumores feminizantes e carcinoma do endometrio. In: Tumores Funcionantes do ovario. 1a. ed. Sao Paulo. Manole, 1987, p. 65 - 67.
16) **Mansour FS, & Baradi AF:** Enzime histochemical study on postmenopausal endometrium in sympom-free patients. Am. J. Obstent. Gynecol, 97: 109 - 116, 1967.
17) **Alves del Lima Fo. O, Vasserman J, Bacarat EC:** Aspecto histológico do endométrico na pós-menopausa. J. Bras. Ginec, 87: 303 - 310, 1979.
18) **Hanna AF:** The "Physiology" of the climaterium. Clin. Obstet. Gynecol, 20: 397 - 406, 1986.
19) **Ferency A, & Gelfand MM:** Outpatient endometrial sampling with endometrial biopsy. Obstet. Gynecol, 63: 295 - 302, 1984.
20) **Ferency A, Shore M, Guralnick M, Gelfand MM:** The Kevorkian curette - An appraisal of its effectiveness in endometrial biopsy. Obstet. Gynecol, 63: 295 - 302, 1984.
21) **Kneale BLG:** Adjitiv and therapeutic progestins in endometrial cancer. Clin. Obstet. Gynecol, 13: 739 - 809, 1986.
22) **Koss LG, Sheiber K, Moussouris H, Oberlander SG:** Endometrial carcinoma and its precursors Detection and screening. Clin. Obstet. Gynecol, 25: 49 - 61, 1982.
23) **Erny R, & Serradimigni F:** Despistage des hiperplastics et des cacers de I' endométre. Rev. fr. Obstet. Gynecol, 79: 91 - 96, 1984.
24) **Erny R, Isnard S, Boubli L:** Tests aux progestatifs aprés la ménopause. Rev. fr Gynecol. Obstet, 81: 195 - 198, 1986.
25) **Ehrlich CE, Young PCM, Cleary RE:** Cytoplasmatic progesterone and estradiol receptors in normal, hiperplastic and carcinomatus endometrial: Therapeutic implications. Am. J. Obstet. Gynecol, 141: 539 - 546, 1981.
26) **Ciocca DR, Puy LA, Adams DJ, Mc Guire WL:** The presence of an estrogen-regulated protein detected by monoclonal antibody on abnormal human endometrium. J. Clin Endocrinol. Metab, 60: 137 - 143, 1985.
27) **Adessi GL, Prost O, Agnani G, Petitjean A, Bernod J:** Estrone Sulfatase activity in normal and abnormal endometrium. Arch. Gynecol, 236: 13 - 18, 1984.
28) **Agnani G, Prost O, Petitjean A, Bernnod J, Adessi GL:** Oestrone sulphatase activity i normal and pathological endometria. In. Van Herendal, H. & B; Riphagen, FE; Goessens, L; Van Der Pas, H, eds. The Climateric an update. Lancaster. MTP Press, 1984. p. 83 - 86.

Cultura Organizacional y Calidad Total



Dr. Wilfredo Solis Tupes. *

RESUMEN

En el presente artículo se presentan las ideas centrales propuestas por Deninson sobre Cultura Organizacional y su aplicación en el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud. Existen cuatro variables que permiten el desarrollo de una cultura Organizacional que lleve a la excelencia y que están íntimamente relacionadas con instrumentos gerenciales. Estas variables son la Participación, la Consistencia, la Adaptabilidad y la Misión. Si un Gerente de Servicios de Salud las pierde en la rutina, tenga la seguridad que su organización estará lejos del éxito y sobre todo de sus clientes internos y externos.

Palabras Claves: Cultura, Calidad, Servicio de Salud

ORGANIZATIONAL CULTURE AND TOTAL QUALITY

SUMMARY

This article shows the main ideas proposed by Deninson about Organizational Culture and its application on Improvement of the Quality in Health Service. There are four variables which enable the development of an Organizational culture leading to excellence and that are closely related to management instruments. These variables are Participation, consistency, Adaptability and Mission. If a Health Service Manager loses them in routine, it is sure that his organization will be far from success and above all away from his internal and external customer

Key words: Culture, Quality, Health Service Manager

INTRODUCCION

En la década del 80 se publicaron algunos libros que innovaron los procedimientos gerenciales, llegando a ser algunos de ellos best sellers en los EE.UU.: Teoría Z (Ouchi, 1981) y El Arte de la Gerencia Japonesa (Pascale y Athos, 1981), En Busca de la Excelencia (Peters y Waterman, 1982). Estos libros han sostenido que la diferencia entre organizaciones exitosas y no exitosas estriba en los valores y principios que sirven de fundamento a su organización. Así mismo, estos autores han puesto de relieve una serie de variables comportamentales que generalmente se consideran importantes pero que son poco predecibles.

En la presente década del 90, Deninson D. cuestiona estas investigaciones ya que sólo abordaron a empresas exitosas y las variables puede que no tengan el mismo comportamiento en empresas no existosas. Para salvar éstas limitaciones propone un modelo de investigación organizacional en el cual analiza las mismas variables tanto para empresas de excelencia como aquellas empresas que no alcanzaron el éxito o inclusive pudieron desaparecer.

En este marco se presenta los hallazgos hechos por el autor y su aplicación a la Cultura Organizacional, de los servicios de salud públicos o privados.

Previamente es conveniente ponerse de acuerdo con algunas definiciones: CULTURA, se refiere a valores, creencias y principios que constituyen los cimientos del sistema gerencial de una organización, así como el conjunto de procedimientos y conductas gerenciales que sirven de ejemplo y refuerzan éstos principios básicos. CULTURA ORGANIZACIONAL, es la expresión que ha venido a conformar este conjunto de variables comportamentales.

UNA TEORIA DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL

En gran parte de las investigaciones publicadas sobre cultura organizacional se ha destacado la importancia central de los valores y las creencias que se encuentran en el núcleo del sistema social de una organización. Los temas de mayor interés han sido las formas como las organizaciones desarrollan, mantienen y transmiten estos valores y comportamientos a nuevos miembros de la organización. Pero pocas publicaciones han estudiado las interrelaciones de la cultura, sus procedimientos gerenciales, su rendimiento y efectividad.

Los valores y las creencias de una organización originan un conjunto de prácticas o procedimientos gerenciales,

(*) *Médico, Especialista de Administración en Salud.*
Centro de Salud Pública
Universidad Peruana Cayetano Heredia

actividades concretas que generalmente tienen sus raíces en los valores de la organización.

Por otra parte, la mayoría de las ideas acerca de la relación entre cultura y calidad presentadas hasta la fecha, han atribuido el éxito de las organizaciones a cierta combinación de valores y creencias con políticas y procedimientos. Estas ideas sugieren una estructura general dentro de la cual hay varias formas de poder observar la relación entre cultura y calidad. En este sentido se pueden enunciar algunos principios:

a) La calidad (o la falta de ella) es una función de los valores y las creencias desempeñadas por los miembros de una organización.
b) La calidad es una función de las políticas y los procedimientos utilizados por una organización.
c) La calidad es una función de la interrelación de valores y creencias esenciales, políticas y procedimientos organizacionales y el ambiente externo de la organización.

Hipótesis de Participación

Los hallazgos de Deninson le permitieron plantear las siguientes hipótesis.

La hipótesis de la participación acerca de la relación entre la cultura organizacional y la calidad no es una idea nueva. Esta tiene su origen en la Teoría de las Relaciones Humanas, con los estudios de Elton Mayo.

La hipótesis sostiene que los altos niveles de participación y compromiso crean un sentido de propiedad y responsabilidad.

Es a raíz de esta propiedad que surge una mayor dedicación a una empresa y una mejor necesidad de control abierto.

En la década del 80 tuvieron mucho apogeo las obras respecto a ésta hipótesis, todos insisten en principios de participación, compromiso e integración.

Obras más recientes sobre organizaciones de alta participación también argumentan que la participación puede ser una estrategia gerencial para un desempeño efectivo y una estrategia del trabajador para un mejor ambiente de trabajo, éstos trabajos también se concentran en estructuras y estrategias reales para formar y sostener un sistema de alta participación, las cuales tienen una gran cantidad de promesas, pero también corren el riesgo de fracasar cuando no se cumplen esas condiciones.

Debido a que ésta hipótesis tiene muy pocas evidencias de apoyo además de los estudios realizados en 1979 y 1986 los cuales concluyen que en realidad existe sólo una modesta relación entre participación y rendimiento.

No obstante, la hipótesis es perentoria y persiste como un elemento central de esta teoría de la cultura organizacional y calidad.

Hipótesis de Consistencia

Se presenta ésta hipótesis como una perspectiva diferente en la cual en su versión popular destaca el impacto positivo que una cultura ***sólida*** puede tener sobre la calidad y sostiene que un sistema compartido de creencias, valores o símbolos ampliamente comprendidos por los miembros de una organización tienen un impacto positivo sobre su capacidad para llegar a un consenso y llevar a cabo acciones coordinadas.

Un alto nivel de consenso e integración en apoyo de normas sobre rendimiento es un buen pronóstico de un alto nivel de calidad; pero, una alta integración alrededor de un conjunto de normas que no contribuyen al rendimiento, da como resultado un producto inferior al normal. El consenso es una espada de doble filo, puede actuar a favor o en contra del rendimiento, de acuerdo con la naturaleza de las normas y expectativas.

La hipótesis de la cultura sólida sostiene que debe haber consistencia entre principio y comportamiento y una conformidad con las prácticas organizacionales valoradas.

Existen similitudes entre las teorías de participación y consenso pero a pesar de ello se hacen diferentes predicciones acerca de cual es la más efectiva, incluso algunos autores han tratado de agrupar estas dos teorías; sin embargo al examinar más profundamente éstas, la participación asegura que la inclusión y participación de los miembros en las organizaciones pesan más que la oposición, la inconsistencia y la inconformidad. Los empleados contribuirán con su conocimiento y habilidad y las decisiones reflejarán múltiples puntos de vista. Con el tiempo las mejores decisiones se deben asociar con el mejor rendimiento.

La consistencia sería la que haría la predicción de los bajos niveles de participación y compromiso y éstos pueden ser superados por altos niveles de consistencia, conformidad y consenso.

Las organizaciones efectivas parecen combinar ambos principios en ciclo continuo. Se utiliza la participación para generar posibles ideas y soluciones y luego se refinan en un conjunto de principios más precisos.

Hipótesis de la Adaptabilidad

Las dos primeras hipótesis se concentran en la dinámica interna de una organización la adaptabilidad trata del ambiente externo de las organizaciones o de la forma como una cultura se relaciona con el proceso de adaptación.

Cuando una organización se encuentra en una situación nueva primero ensaya las respuestas colectivas aprendidas que ya forman parte de su repertorio. Estas respuestas tiene un sentido para los miembros de la organización por que también ellas son estratégicas de individuos para adaptarse con éxito a la propia organización en el transcurso del tiempo.

La adaptabilidad tiene tres aspectos que hacen impacto en la calidad en una organización. El primero es la habilidad de percibir y responder al ambiente externo, éstas es una de las de características de exitosas organizaciones japonesas ya que ellas están obsesionadas con sus clientes y sus competidores.

El segundo es la habilidad para responder a los clientes externos, la insularidad con respecto a otros departamentos, otras divisiones u otras áreas dentro de la misma corporación es un ejemplo de adaptabilidad e influye directamente sobre el rendimiento efectivo.

El tercero es reaccionar ante clientes internos o externos requiere de la capacidad de reestructurar y reinstitucionalizar una serie de comportamientos y procesos que permiten la adaptación de la organización. Por tanto sin la habilidad para ejecutar una respuesta de adaptación una organización no puede ser efectiva.

Hipótesis de la Misión

Esta hipótesis se basa en la importancia de una misión, en una definición compartida de la función y el propósito de una organización y sus miembros. Este sentido de misión tiene influencias principales en una organización.

La misión da propósito y sentido así como también una gran cantidad de razones no económicas para las cuales el trabajo de una organización es importante.

Un sentido de misión ofrece dirección y metas claras que sirven para definir el curso apropiado de acción para la organización y sus miembros. A un nivel individual, hay una evidencia convincente que el éxito es más probable cuando los individuos están orientados hacia la meta. El impacto a nivel organizacional surge de la coordinación que resulta de definir una meta común, así como de definir criterios y objetivos externos.

La definición de una misión tiene un papel definitivo en el éxito de una organización.

Integración de las cuatro hipótesis

Cada una de las hipótesis representa una idea central acerca de los determinantes culturales del rendimiento y de la calidad.

Una forma de agrupar estas cuatro hipótesis es unirlas por pares, un par con foco interno que estaría conformada por la participación y el consenso; otro par con foco externo dado por la adaptabilidad y la misión.

Otra forma de relacionar estas hipótesis es fusionar la participación y la adaptabilidad como un par en que destaca la capacidad de la organización para la flexibilidad y el cambio. El otro par estaría dado por consistencia y misión las cuales se orientan hacia la estabilidad y la dirección. Un sistema orientado hacia la adaptabilidad y participación introducirá más variedad, más insumos y soluciones a una situación dada, que un sistema orientado hacia un alto nivel de consistencia y gran sentido de la misión ya que esta tiene mayor probabilidad de reducir las variedad y dará más relieve al control y a la estabilidad.

Cada uno de estos conceptos representa una ruta separada para lo cual la cultura de una organización podría tener un posible impacto sobre la calidad, algunos de los conceptos en partes son contradictorios; un sistema rígido, altamente consistente puede ser la antítesis de un sistema de alta participación o alta flexibilidad. En consecuencia una cultura que es adaptable, pero altamente consistente o sensible a la participación individual, pero dentro de un contexto de una misión muy compartida, será más efectiva.

Es el equilibrio de la demanda en competencia lo que distingue a los gerentes y a las organizaciones excelentes de sus más mediocres contrapartes.

Estos cuatro conceptos se integran como una estructura el cual se ha presentado como un intento por entender mejor y predecir los impactos que la cultura de la organización tendrá sobre la Calidad.

Elementos que Cuestionan un Modelo de Cultura en los Servicios de Salud.

Una cultura debe tener las características de ser propia, sencilla y real; los servicios de salud en nuestro país están todavía distantes de poder alcanzar alguna de las mencionadas. Estos es demostrable si utilizamos el modelo de análisis de cultura propuesto por Deninson:

Ante un procedimiento gerencial planteado como ejemplo, política de manejo de recursos humanos, un problema muy frecuente es la alta rotación del personal en los servicios de salud (En el MINSA y en el IPSS cada tres a seis meses rota no menos del 25% del personal). ¿Cómo se espera encontrar la Participación o el Consenso?. ¿Cuál es la misión que sus directivos se han planteado para el mediano o largo plazo?. ¿Es posible tener una alta capacidad de respuesta (Adaptabilidad) ante los cambios del contexto externa e interno (reformas)?.

Correspondencia:
Centro de Salud Pública
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado N° 430 - Lima 100 - Perú

BIBLIOGRAFIA

1) **Deninson Daniel R:** Cultura Corporativa y Productividad Organizacional. Fondo Editorial LEGIS SA, Colombia 1991.
2) **Milenko Zlatar Stambuk:** La Doctrina en la Sanidad de la FAP. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1988.
3) **Hermida J, Serra R, Kastika E:** Administración y Estrategia, Ventajas competitivas dinámicas a través de una cultura compartida para administrar negocios. Ediciones Macchi, 4ta. Edición, Buenos Aires-Bogota; pág. 419 - 499. 1994

Equidad, Eficiencia, y Calidad: ¿Es ésta combinación Posible?



Dr. Pedro Mendoza Arana *

RESUMEN

El artículo examina inicialmente conceptos sobre la equidad, tanto en la Provisión de los Servicios (proporcionalidad a la necesidad) como en el Financiamiento de los mismos (progresividad). Asimismo, conceptos sobre eficiencia, tanto productiva (producir servicios de la misma calidad al menor costo) como de asignación (que la producción conjunta rinda efectos totales que hagan que el sistema sea más eficiente). A partir de ellos, se aborda el tema de la Calidad, y se presentan mecanismos para mejorar simultáneamente la calidad y la eficiencia.

Palabras Claves: Eficiencia, Calidad, Equidad

EQUITY, EFFICIENCY AND QUALITY, A POSSIBLE COMBINATION?

SUMMARY

The article examines initially concepts on equity, both for Provision (proportionality to need) and for financing (progresivity). Then, introduces concepts on efficiency, either productive (to produce services of the same quality at mower cost) or allocative (a total mix of care yielding global efficiency). On this basis, Quality is approached, and mechanisms to simultaneously improve efficiency and quality are presented.

Key words: Efficiency, Quality, Equity.

EQUIDAD

La equidad ha sido enunciada muchas veces como un criterio rector de la organización de los sistemas de salud, incluyendo al último documento de trabajo sobre Políticas de Salud 1995-2000 difundido por el Ministerio de Salud (MINSA, 1995). La equidad puede ser entendida al menos en dos acepciones: Equidad en la Provisión de los Servicios, y Equidad en el Financiamiento de los mismos.

En lo referido a la provisión, la equidad significa proporcionalidad a la necesidad, es decir, los grupos de la población que mayor necesidad de atención de salud tienen, deberían recibir más. Autores como Culyer y Wagstaff (1993) enfocan la necesidad desde un punto consecuencialista como la "habilidad para beneficiarse", es decir, que existe necesidad cuando el consumo de los recursos, en este caso atención de salud, potencialmente debe surtir un efecto positivo o beneficio en la persona.

En lo referido al financiamiento, la equidad está relacionada con el principio de progresividad, es decir, quienes en una sociedad tienen mayores ingresos, deberían aportar con mayores fondos al sostenimiento de los servicios de salud, aquellos que tienen menores ingresos, menos, y finalmente habrá un grupo que simplemente será beneficiario del sistema sin tener capacidad de aportar económicamente al mismo (Gilson, 1988). Por supuesto, tal calificación no es estática, y puede y debe ser reevaluada periódicamente.

La teoría económica subyacente al problema de la equidad descansa en el grado de compromiso social que los individuos y las colectividades muestran. La fuente última de valor para los juicios sociales que califican una situación como eficiente yace en las preferencias de los individuos. Por el contrario, las consideraciones de equidad sobrepasan el interés individual y se basan en el altruismo, solidaridad, y mutuo interés.

Por supuesto, algunos autores, como A. Culyer y A. Sen, explican la equidad como un problema de racionalidad individual, mediante la llamada "externalidad recíproca", por la cual un individuo deriva utilidad del bienestar de los demás, y por lo tanto, tendrá interés no sólo en su beneficio individual, sino en el beneficio de otros en su colectividad. Si bien la lógica es similar, la filosofía es distinta en tanto el motor de las acciones de los individuos no sería necesariamente su propio e individual interés, sino una preocupación por intereses colectivos.

(*) *Profesor Auxiliar, Administración y Planificación en Salud*
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

EFICIENCIA

El tema de la eficiencia resulta cada vez de mayor relieve en la planificación, organización y gestión de los servicios de salud. Si la eficiencia no importara, los profesionales de la salud estaríamos simplemente en la obligación de brindar la atención de la mayor eficacia posible, es decir, aquella que pudiera ofrecer el mayor incremento posible en los niveles de salud individuales o colectivos. Nuestra responsabilidad sería esencialmente descubrir, diseñar, probar, enseñar, e implementar, las mejores y más recientes estrategias de atención de la salud, por supuesto una vez demostrado que son mejores que las previas.

Sin embargo, la eficiencia sí importa. Para quienes laboran con fondos públicos, se trata de un compromiso social, por hacer el mejor uso posible de recursos escasos que les han sido confiados: Un uso eficiente, racional, equitativo. Para quienes laboran con fondos privados, la eficiencia es una cuestión esencial de sobrevivencia, en tanto incremente la capacidad de competir de su institución o establecimiento.

La eficiencia debe ser vista en términos amplios, no sólo de eficiencia productiva, de cómo producir servicios de la misma calidad al menor costo, sino también en la llamada eficiencia de asignación. Es decir, cómo se elige las mejores combinaciones de servicios o productos, de manera tal que su producción conjunta rinda efectos totales que hagan que el sistema sea más eficiente. Ciertamente, los niveles de complejidad que se manejan en las decisiones serán diferentes. En la eficiencia productiva estamos comprometidos todos, mientras que la eficiencia de asignación es esencialmente responsabilidad de quienes tienen niveles de decisión política para elegir combinaciones posibles de servicios y discriminar entre ellas.

CALIDAD

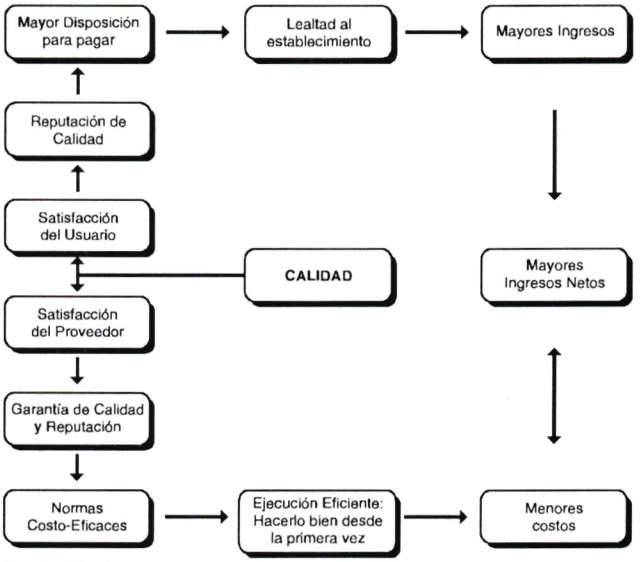
Por otro lado, el tema de la calidad se ha tornado casi obsesivo. Y está bien que lo sea, en tanto no se descuide el delicado equilibrio entre los dos grandes definidores de la calidad: Los propios usuarios del servicio, y el personal prestador de los mismos. En la atención de salud, no está de más repetirlo, sólo el adecuado balance entre ambas percepciones rendirá la verdadera Calidad que todos buscamos.

La implantación de la calidad tiene costos que deben ser asumidos, en principio por una comparación simple con los costos de no mejorar la calidad. Pero, entonces, es la calidad un simple asunto de eficiencia. Consideramos que no. Al igual que la Equidad, la Calidad es un valor en sí mismo, un criterio de evaluación y un atributo exigible. No sólo porque incremente los beneficios o porque sea eficiente.

Algunos mecanismos para promover la calidad de la atención son, por ejemplo, formas de "reembolso prospectivo", es decir, aquellas en la cual el hospital o clínica es pagado de acuerdo con el diagnóstico de ingreso del paciente, una vez definido a qué Grupo de Diagnósticos pertenece el caso, siendo los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR), definidos como "grupos de diagnósticos en los cuales los pacientes muestran similar consumo de recursos y patrones de estancia hospitalaria".

Las iniciativas de Manejo de Casos o "Case Management" han demostrado ser un instrumento valioso para mejorar la calidad de la atención y simultáneamente controlar costos reduciendo los promedios de permanencia (Addario, 1994). La definición de manejo de casos es "un proceso colaborativo que evalúa, planifica, implementa, coordina, monitorea y evalúa opciones y servicios para llenar las necesidades de salud de un individuo a través de la comunicación y de los recursos disponibles para promover resultados costo efectivos y de calidad".

Así, en primer lugar, la calidad técnica debe ser asegurada tanto en su diseño, es decir, mediante la protocolozación con normas costo eficaces, como en su ejecución (Hacerlo bien desde la primera vez, y reducir progresivamente el margen de fallas). Tal como se muestra en el flujograma de la Fig. 1.



Fuente: Wouters

Fig. 1.- Flujograma de la Recuperación de Costos

EQUIDAD, EFICIENCIA Y CALIDAD

Diversas iniciativas en los últimos años enfatizan cada vez más el rol de contención de costos y de incrementar la participación del usuario en el financiamiento de los servicios. Pero es claro que el usuario no está dispuesto a pagar

más a menos que haya una mejora visible en la calidad de la atención que reciben. Aún cuando el mejoramiento de la calidad incremente los ingresos del establecimiento, el efecto final dependerá de la medida en que dichos ingresos compensen los costos asociados con la ejecución de la mejora de la calidad. Por lo tanto, es importante poder describir y calcular los costos de los cambios que tuvieron lugar en las diversas instancias del proceso de recuperación de costos.

El mejoramiento de la calidad provoca satisfacción en el profesional; además, cuando se adoptan normas costo eficaces, se controlan los costos y se alcanza la eficiencia al poner en ejecución las normas correctas desde el principio; así, hay menos recetas ineficaces, hay menores efectos adversos. La combinación de lealtad al establecimiento (incremento de la persistencia, disminución de abandonos), mayor disposición a pagar, y tratamientos eficientes, genera un incremento neto de los ingresos.

Otro modo de verlo es por el alto costo asociado a la mala calidad. La atención de mala calidad genera quejas del usuario, abandono de tratamiento o pérdida de clientes, complicaciones evitables, infecciones intrahospitalarias o abscesos postvacunales, etc. En varios estudios en Estados Unidos se ha encontrado que estas deficiencias ocasionan un aumento de costos del orden de 20 % o mayor. El Hospital West Paces Ferry, de Georgia, EUA, informó una disminución de 45 % en sus costos de antibióticos al eliminar prácticas ineficientes de administración médica (CHS, 1992).

Se ha demostrado que la efectividad de una intervención de salud en una población, o efectividad en la comunidad, depende de cinco factores principales: La eficacia médica, la exactitud del diagnóstico, el cumplimiento del proveedor, el cumplimiento del paciente, y la cobertura; todos ellos componentes importantes de la calidad. Un estudio operativo realizado por el Proyecto PRICOR halló en Indonesia que un 70 % de los tratamientos para la Infección Respiratoria Aguda incluían innecesariamente ampicilina para casos con síntomas de infección viral del tracto respiratorio alto, y tal porcentaje llegó a 95 % en un estudio en Pakistán. Se dispone también de evidencias de visitas repetida innecesarias, por ejemplo por aplicación inapropiada de Dispositivos Intrauterinos, lo cual es costoso.

Otra forma de abordar el tema de la calidad y de la eficiencia es a través del llamado "Manejo de Riesgos". La idea aquí es que la organización toda se concentre en detectar y prevenir las posibles fuentes reclamos, quejas, y efectos adversos del manejo de los pacientes (Symons, 1995). Tales aspectos, así como representan elementos de una calidad defectuosa, son también potenciales fuentes de riesgo financiero, por un lado al afectar la imagen y los ingresos del establecimiento, pero también porque estamos en un entorno en el cual crecientemente los reclamos y denuncias por estos aspectos, que antes muchas veces los propios usuarios pasaban por alto, se van haciendo fuente de querellas y juicios, con indemnizaciones que pueden ser altas y poner en riesgo real la viabilidad financiera de una institución.

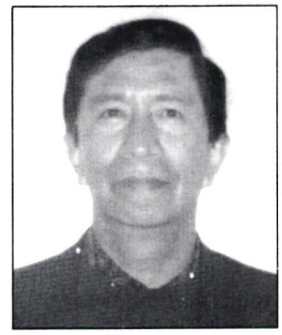
Esto lleva a varias conclusiones importantes: primero, a comprender que la eficiencia y la calidad de la atención de salud son dos aspectos indisolublemente ligados. Incrementar la calidad manteniendo los costos definitivamente incrementa la eficiencia. Reducir los costos en desmedro de la calidad, probablemente es ineficiente. Ergo, reducir costos no es necesariamente sinónimo de eficiencia.

Correspondencia :
Dr. Pedro Mendoza Arana
Apartado Postal 31-038,
Lima 31 - Perú.

BIBLIOGRAFIA

1) **Addario V, Curley A:** (1994) 'How Case Management Can Improve the Quality of Patient Care' International Journal for Quality in Health Care 6(4): 339 - 345.
2) **Center for Human Services:** (1992) 'Los beneficios económicos de la mejora de la calidad' Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad 1(2): 16 - 17.
3) **Culyer AJ. y Wagstaff A:** (1993) 'Equity and Equality in health and health care' Journal of Health Economics 12: 431 - 457.
4) **Donabedian A:** (1988) 'Quality and Cost: Choices and Responsibilities' Inquiry 25: 90 - 99.
5) **Gilson L:** (1988) 'Government Health Care Charges: Is Equity being abandoned?' EPC Publication Number 15, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
6) **MINSA:** (1995) 'Políticas de Salud 1995 - 2000: Hacia la Equidad, Eficiencia y Calidad en Salud' Lima: Ministerio de Salud.
6) **Symons J:** (1995) 'Making staff aware of risks' Health Manpower Management 21(4): 15 - 19.
7) **Wouters A:** (1994) 'Capacitación en Costo y Calidad: La Manera de ayudar a los administradores de salud a optimizar los recursos' Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad 3(2): 21 - 23.

Acreditación de Hospitales



Dr. Javier Santacruz Varela *

RESUMEN

La acreditación de hospitales es una de las acciones más importantes para garantizar la calidad de los servicios de salud. No obstante que en otros países la acreditación de hospitales se viene efectuando desde hace ya cuatro décadas, en los países de América Latina se incorporó como un proceso sistematizado hasta principios de esta década. Para encontrar una mayor aceptación por la acreditación, es indispensable tener claro que no se trata de un procedimiento de auditoría y mucho menos de carácter punitivo para clausurar establecimientos. Al mismo tiempo, es necesario distinguirla de otros procesos semejantes como la habilitación, la categorización y la autoevaluación. La experiencia lograda en los diversos países donde se ha implantado, permite distinguir tres etapas para su implantación. La primera es una etapa política o de concertación entre las diferentes instituciones de los subsectores público y privada. La segunda tiene un componente técnico-administrativo que concluye con la formulación de manuales, instructivos y guía para operacionalizar la acreditación. Por último, la tercera etapa es la instrumentación operativa de la acreditación mediante equipos técnicos debidamente capacitados, de acuerdo a los lineamientos que dicte un comité o comisión «ad-hoc»

Palabras Claves: Acreditación, auditoría, calidad, salud.

HOSPITAL ACREDITATION

SUMMARY

Hospital accreditation is one of the most important actions to guarantee quality in health services. Although in other countries hospital accreditation has being carried out for four decades, in Latin American countries it was introduced as a systematized process just at the beginning of this decade. In order to get a greater approval by accreditation, it is important to take into account that this is neither a sort of audit nor by any means a punitive procedure to close establishments. At the same time it is necessary to distinguish it from other similar procedures such as authorization, categorization, and self-evaluation. The experience acquired in the different countries where accreditation has been introduced allows distinguish three stages for its introduction. The first one is a political or agreement stage among different institutions of public and private subsectors. The second one has a technical-administrative component ending with the elaboration of manuals, instructive books and guides to accomplish the accreditation. Finally, the third stage refers to operative instrumentation of the accreditation by duly trained technical teams, according to the rules established by an "ad-hoc" commission or committee.

Key words: Accreditation, audit, quality, health.

INTRODUCCION

Una de las principales tareas de los sistemas nacionales de salud, consiste en garantizar la calidad de los servicios que ofrecen, a fin de contribuir a mejorar efectivamente el nivel de salud de la población.

El esfuerzo por garantizar la calidad de los servicios de salud tienen ya varias décadas y con tal propósito se han desarrollado diferentes metodologías y procedimientos, algunos de los cuales son los siguientes: Auditoría Médica, Evaluación de los Servicios de Salud, Círculos de Calidad, Sesiones Clínicas y Anatomopatológicas, Comités de Infecciones Intrahospitalarias, Comités de Mortalidad, Supervisión, Monitoreo y Acreditación de Hospitales. Si bien de calidad de los servicios de salud, existen otras que son igualmente importantes para lograr la calidad total, tales como: capacitación continua del personal de salud, su certificación y recertificación por asociaciones profesionales, sistemas eficaces de suministros, adecuados sistemas de conservación y mantenimiento y desde luego, la capacitación gerencial y el liderazgo de quienes ejercen cargos directivos dentro del sector salud y sus instituciones.

Los programas de garantía de calidad se han puesto en práctica principalmente en los hospitales, tal vez, porque en ellos se invierte una parte importante del gasto en salud tanto público como privado. Si bien es necesario que los hospitales garanticen la calidad de los servicios que ofrecen al público, sobre todo por el hecho de que la po-

(*) *Asesor en Perú.*
Organización Panamericana de la Salud.

blación recurre a ellos en situaciones de emergencia, no es menos importante que los establecimientos de primer nivel de atención, centro y puestos de salud, también mejoren su calidad. El mejoramiento de la calidad en todos los establecimientos de la red de servicios de salud, no sólo contribuye al fortalecimiento de dicha red y al del sistema de salud al que pertenece, sino lo más importante es que, con tal medida se evitan sufrimientos innecesarios, secuelas discapacitantes y altos costos en la atención de salud de la población.

La acreditación de hospitales es una de las modalidades de garantía de calidad que se vienen impulsando desde hace varias décadas en los países americanos. En 1916, E. A. Codman, médico del estado de Massachusetts, estableció los principios sobre la certificación del médico, la acreditación de las instituciones de salud (establecimientos) y la formulación de un programa nacional de normalización hospitalaria en los Estados Unidos. A través de éste se llevó a cabo una evaluación de 692 hospitales de la Unión Americana, de los cuales sólo aprobaron 90. Cuatro décadas después, en 1956 se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de los Estados Unidos de América, la cual influyó en la aceptación progresiva de una: Cultura de Calidad: tanto por las instituciones como por los profesionales de la salud.

CARACTERISTICAS GENERALES.

La acreditación de hospitales ha sido reconocida como una herramienta útil para lograr la calidad total y promover la mejoría continua de dichos establecimientos en tal sentido, conviene precisar algunas de sus características, para comprender cabalmente el papel que desempeña la acreditación dentro de un sistema o programa de garantía de calidad.

La acreditación debe entenderse esencialmente como un procedimiento reservado, periódico y voluntario, que evalúa los recursos institucionales, la forma como estos se organizan para prestar servicios a los usuarios y los resultados que con ello se logra. Es decir, la acreditación es implícita y esencialmente un ejercicio de evaluación, toda vez que se recoge información sistematizada, de los procesos y de los resultados de cada uno de los servicios hospitalarios; en seguida se comparan los resultados obtenidos con estándares o indicadores previamente establecidos y finalmente, se emite un juicio global: el hospital acredita o no acredita.

Si bien el objetivo de la acreditación es el de evaluar los aspectos de la estructura, proceso y resultado, se tiene que reconocer que estos últimos son los más difíciles de evaluar, ya que sobre ellos influyen diversas variables que no siempre están bajo el control del propio hospital.

Por otra parte, es necesario conocer las limitaciones que tiene el proceso de acreditación y aquello que no es propiamente acreditación. Dentro de tales limitaciones y restricciones se encuentran las siguientes:

1) La acreditación no garantiza por si misma la calidad de los servicios. Si bien contribuye a la calidad el papel, de la acreditación se limita a constatar, mediante ciertos estándares e indicadores preestablecidos, si las condiciones de la estructura y de proceso del hospital, así como sus resultados, son compatibles con niveles aceptables de calidad. No obstante los encargados de llevarla a cabo (equipos de acreditación) pueden asesorar a los directivos y al propio personal sobre algunas estrategias de intervención y la forma de corregir los problemas encontrados.
2) No se trata de un proceso continuo, como se mencionó anteriormente, la acreditación se lleva a cabo periódicamente y en algunos países se realiza cada tres años. Durante ese lapso, los elementos o servicios del hospital que fueron acreditados pueden deteriorarse y ello poner en riesgo la calidad de atención a los usuarios.
3) La acreditación no clausura establecimientos, ni otorga licencias para aperturarlos. Estas atribuciones son indelegables y corresponden a la autoridad sanitaria. En particular, la otorgación de licencias o autorizaciones de apertura se conoce como habilitación, y generalmente es una facultad a cargo de los ministerios de salud y/o de los municipios.
4) La acreditación no reemplaza a otras acciones o modalidades para garantizar la calidad de la atención. En efecto, la acreditación de establecimientos sólo es una de las varias herramientas que deben emplearse para garantizar la calidad de los servicios. Ello quiere decir que, si un establecimiento o un sistema de salud desea garantizar la calidad de los servicios que ofrece, deberá implantar un sistema de garantía de calidad, el cual por lo regular incluye diversas acciones o modalidades tales como: la acreditación de establecimientos, los círculos de calidad, las sesiones de revisión de casos (Radiológicas, anatomo-patológicas, clínicas, etc,) la auditoría médica, la supervisión, el monitoreo, los comités de infecciones, los comités de mortalidad, etc.
5) Se debe diferenciar la acreditación de otras acciones tales como la habilitación, la categorización y la autoevaluación. Con frecuencia se cometen errores de interpretación y se utilizan como sinónimos algunos términos cuyo significado es distinto. Como ya fue explicado, la habilitación es el acto legal y protoco-lar para aperturar un establecimiento, en otras palabras, es el licenciamiento o la obtención de la licencia que todo establecimiento requiere para poder ofertar servicios al público. La categorización por su parte, es la determinación del tipo de establecimiento en función de un conjunto de variables como las siguientes: equipamiento, tipo de personal, ubicación dentro de

la red de establecimientos, capacidad resolutiva y grado de complejidad de los problemas que atiende. Cada institución o cada sistema de salud, utiliza una nomenclatura propia para categorizar sus establecimientos, siendo la más utilizada la siguiente: Establecimientos de primero, segundo y tercer nivel de atención. Finalmente, la autoevaluación es el ejercicio de evaluación que periódicamente realiza el personal del propio establecimiento, con el fin de valorar sus estructuras, procesos y resultados. Con base en esta información, se emite un juicio de valor y se toman las decisiones correspondientes para corregir las deficiencias o incentivar las acciones exitosas.

PROCESO DE IMPLANTACION DE LA ACREDITACIÓN A NIVEL DE PAÍS.

Las experiencias logradas en diversos países, permiten reconocer diferentes etapas en el proceso de acreditación de hospitales, las cuales no necesariamente deben seguir la secuencia que a continuación se describe:

Etapa Política

Consiste en negociar el consenso de los diversos organismos e instituciones de salud públicos y privados, gubernamentales y no gubernamentales, para llevar a cabo la acreditación de hospitales de acuerdo a los mismos criterios o estándares.

Las naturales diferencias entre las instituciones de salud, sus distintos grados de organización y desarrollo, su resistencia para que otros se enteren de las condiciones bajo las cuales operan sus hospitales y el cuidado de la imagen institucional, son entre otros, los obstáculos que deben ser resueltos durante esta etapa.

La clara definición de políticas de salud, la existencia de un liderazgo funcional dentro del sector y las experiencias positivas de coordinaciones interinstitucionales efectuadas previamente, son factores que pueden facilitar el logro del consenso antes citado.

Esta etapa depende en gran medida de lo que suele denominarse «voluntad política» de los líderes el sector salud y generalmente concluye con la formación de un grupo técnico interinstitucional que se encarga de iniciar el proceso de acreditación de hospitales en el país.

Etapa Técnico Administrativa

En esta etapa se debe analizar la situación de salud del país y en particular, la infraestructura hospitalaria existente, su tipología, complejidad, dimensiones, localización y de ser posible, su grado de desarrollo, basado en indicadores de estructura, proceso y resultados.

La actividad fundamental durante esta etapa, consiste en definir en forma colegiada y a través de equipos técnicos de trabajo, los niveles de acreditación y los estándares o indicadores que se utilizarán en la acreditación de cada uno de los servicios hospitalarios.

Esta etapa generalmente concluye con la formulación de un manual de acreditación, el cual además de explicitar los estándares de acreditación, también describe los procedimientos para llevarla a cabo, su periodicidad, la temporalidad o vigencia de la acreditación y el organismo que se encargará de coordinar técnicamente este proceso en el país, al cual generalmente se le denomina comisión o comité de acreditación. Es necesario que este organismo cuente con la autonomía suficiente para cumplir con su misión, por lo que su composición, financiamiento y mecanismos de operación, deben ser claramente establecidos.

Etapa de Instrumentación

Para llevar a cabo la acreditación de hospitales, es necesario seleccionar a un grupo de profesionales que cuente con la preparación, experiencia y tiempo necesarios para cumplir con esta delicada tarea de evaluación. Los profesionales pueden ser de diferente tipo, siendo los médicos, las enfermeras y los administradores, los que generalmente constituyen el núcleo de estos equipos multiprofesionales. Es deseable que el prestigio de estos evaluadores sea plenamente reconocido por los profesionales de la salud y los administradores de hospitales, ya que al término del proceso de evaluación aquellos deberán informar los resultados y conclusiones, emitir juicios de valor y sugerir acciones pertinentes para la mejora continua de la calidad de los servicios.

Además de contar con una sólida formación profesional, es necesario que los evaluadores realicen su adiestramiento en equipo, con el fin de que comprendan los fundamentos teórico metodológicos de la acreditación, se familiaricen con los estándares e indicadores para cada uno de los servicios hospitalarios, analicen los instrumentos que se utilizaran durante la evaluación y determinen la forma como reportarán los resultados. Es necesario que esta capacitación sea coordinada por la comisión o comité de acreditación antes citado, ya que ello contribuirá a que los equipos operativos realicen su trabajo con mayor calidad y redundará en la credibilidad y aceptación de la acreditación.

CONCLUSIONES

La acreditación de hospitales, como parte de un programa o sistema de garantía de calidad, contribuye a que ocurra un cambio progresivo y planificado hacia la mejora continua del sistema de salud.

Al enfatizar la evaluación de los aspectos de estructura, proceso y resultados, la acreditación valora íntegramente al hospital y lo considera como un todo o sistema.

La acreditación en si misma, pone al descubierto algunas de las fortalezas y debilidades de los hospitales y

proporciona información útil para tomar decisiones trascendentes sobre las áreas que deben ser fortalecidas y las futuras inversiones del hospital.

No se debe perder de vista que, la acreditación de hospitales, sólo es parte del esfuerzo que debe efectuar el sector salud para mejorar los servicios y en algunos casos, puede ser el punto de inicio para implantar un sistema integral de garantía de calidad que involucre otro tipo de procedimientos.

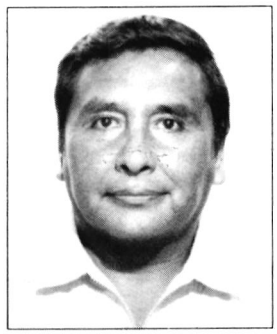
Finalmente, la acreditación de hospitales debe complementarse en el futuro con procedimientos para acreditar otro tipo de establecimientos, con el fin de avanzar hacia la acreditación de redes de servicios que forman parte y son el núcleo de los sistemas locales de salud o silos.

Correspondencia :
Dr. Javier Santacruz Varela
Organización Panamericana de la Salud. (OPS)
Calle Los Cedros 269 - Lima 27 - Perú.

BIBLIOGRAFIA

1) **OPS/OMS**: Estándares e indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina. Washington, DC. USA. 1994.
2) **American Medical Association**: Acreditación de Hospitales -Garantía de Calidad en la Atención de Salud. The Journal of The American Medical Association. USA, 1987.
3) **Donabedian, A**: La calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana SA. México, DF. 1984.
4) **Pabon Lasso, H**: Evaluación de los Servicios de Salud. Universidad del Valle. Cali Colombia. 1985.

Luxación Congénita de Hombro, a propósito de un caso



*Dr. Fernando Benavente Arce**

RESUMEN

La luxación congénita de la articulación gleno-humeral de hombro, es un cuadro muy raro; por esa razón incluso causa problemas en su diagnóstico.

Presentamos el caso de una niña de 5 meses de edad, portadora de una luxación congénita gleno-humeral; reportamos los hallazgos clínicos, el procedimiento quirúrgico empleado; con el resultado final parcialmente satisfactorio

Palabras Claves: Luxación congénita, tratamiento, articulación hombro

SHOULDER CONGENITAL DISLOCATION WITH REGARD TO A CASE

SUMMARY

Congenital dislocation of the shoulder; very rarelly occurs in children, and thus it may cause diagnostic problems. We presents a case of one year old child with congenital dislocation of the shoulder, reporting its clinical findings, and surgical treatment; the final result was only mild.

Key words: Congenital dislocation, treatment, articulation shoulder.

INTRODUCCION

La articulación gleno-humeral infantil tiene algunas particularidades propias que deben ser consideradas.

Esta articulación está diseñada para realizar una movilidad moderada a amplia; y, para facilitar ello la cápsula antero inferior tiene que ser redundante.

La superficie articular de la cabeza humeral es tres veces el tamaño de la cavidad glenoidea; la cápsula necesariamente está reforzada por un complejo ligamentario anteroinferior, que se encarga de proporcionarle estabilidad. La inserción capsular es casi en la línea del cuello anatómico, y muy cerca al cartílago de crecimiento, lo cual explicaría por que la fractura del húmero proximal es mucho más frecuente que la luxación gleno humeral en los niños.

Los músculos rotadores están directamente sobre la cápsula; de modo que su acción constituye una función muy importante en la estabilización secundaria de la articulación, de modo que también juega un rol muy importante en la rehabilitación y prevención de la luxación recidivante.

Incidencia

La luxación gleno-humeral en niños menores de 12 años, ha sido raramente reportada, y aún mucho más rara la luxación congénita.

Rowe en 1956 revisa 500 luxaciones glenohumerales, reportando sólo 8 casos (1.6%) en menores de 10 años; 99 casos (16.5%) entre los 11 a 20 años.

Rockwood reporta pocos casos de luxación gleno humeral en niños, y de ellos el mayor porcentaje está en adolescentes. Debido a los pocos reportes de luxación glenohumeral congénita, la literatura al respecto es escasa.

Clasificación

La más usada está basada en la dirección y localización de la luxación, casi similar a la del adulto pero considerando el desarrollo de la articulación.

1) Por el sitio de localización:
   a) Anterior: es la más frecuente.
   b) Posterior
   c) Inferior.
2) Por la Etiología:
   a) Traumática; Es la más frecuente en niños.
   b) Atraumática:
      - Voluntaria
      - Involuntaria
      - Neuromuscular
      - Congénita
      - Hiperlaxitud ligamentosa hereditaria
      - Hiperlaxitud ligamentosa adquirida
      - Alteración esencial o psiquiátrica.

(*) *Médico Asistente del Servicio de Traumatología*
***Clínica Alberto Sabogal** - IPSS - Callao - Perú*

En la luxación traumática anterior, el trauma debe ser muy significativo; y el mecanismo usualmente es caída sobre la mano con el brazo extendido en abducción y rotación externa.

En la luxación posterior más rara el trauma es también violento con el brazo en flexión y rotación interna y aducción; en el período neonatal es más frecuente la luxación traumática anterior, pero estadísticamente más rara que en el adolescente.

Entre las luxaciones atraumáticas en niños la variedad neuromuscular es la más frecuente.

La luxación congénita es la más rara, es descrita que se presenta al nacimiento, y suele acompañarse de otras anomalías del miembro superior, hombro de aspecto relativamente pequeño, debido a una hipoplasia osteomuscular, húmero proximal más pequeño, con cabeza poco desarrollada; escápula más pequeña que la contralateral supuesta sana, cavidad glenoidea hipoplásica, a veces incontinente, estructuras cápsulo-ligamentarias a veces deficientes, músculo pectoral, deltoides y resto de músculos pericapsulares poco desarrollados e hipoplásicos, basándose el diagnóstico en el cuadro clínico y verificación de esas alteraciones con los hallazgos radiográficos.

Síntomas y Signos

La luxación traumática anterior muestra un hombro aumentado de volumen, muy doloroso, brazo en abducción y rotación interna. En la inestabilidad atraumática existe poco dolor o no existe.

La luxación congénita muestra mas bien disminución de volumen del hombro, por hipoplasia de partes blandas y óseas de la articulación, existe también limitación del rango de la movilidad articular.

El estudio por imágenes: nos da la información confirmatoria y detalles similares a la del adulto; en primer lugar las radiografías standard en posiciones adecuadas; en caso de requerir de mayores detalles puede recurrirse a la tomografía computarizada y resonancia magnética.

Tratamiento

En la luxación aguda, previa adecuada evaluación vascular y neurológica, empleando una buena relajación se procede a la reducción incruenta, dejando luego una inmovilización de 4 a 6 semanas.

La recurrencia luego de la reducción de una luxación traumática es relativamente alta; así Rowe reporta un 100% en menores de 10 años, 94% en adolescentes; Rockwood reporta un 50% de recidiva en niños.

En la luxación congénita cada caso deber ser evaluado por separado para decidir la conducta más adecuada: Si ocasiona un trastorno funcional mínimo está indicada la observación y terapia física.

Withmann en 1905 proponía en todos los casos reducción empleando maniobras manipulatorias.

El tratamiento quirúrgico no ofrece tampoco resultados plenamente satisfactorios; sin embargo es una alternativa útil; es así que se han descrito diferentes procedimientos:

- Refuerzo de la cápsula débil complementando con diferentes técnicas de estabilización articular.
- Transposiciones tendinosas de contensión muscular.
- Extirpación de bloques óseos o partes blandas fibrosadas que bloquean la movilidad.
- El último recurso a considerar es la artrodesis.

REPORTE CLINICO:

Se presenta el caso de una niña de 5 meses de edad, que ingresa al Hogar Clínica San Juan de Dios de Lima que presenta como síntoma principal la incapacidad para movilizar el miembro superior izquierdo, con el diagnóstico inicial de parálisis del plexo braquial izquierdo, razón por la que ingresa a medicina física para tratamiento de rehabilitación, pero al intentar realizar sus ejercicios se encuentra más bien con un bloqueo mecánico en el hombro y en el antebrazo homolateral, razón por la que es interconsultada a Ortopedia y Traumatología; en el servicio se realiza un examen físico, encontrándose anormalidad, a excepción del miembro superior izquierdo, donde se observa, en hombro: mínimo movimiento activo, desaparición del contorno característico normal en relación al lado contralateral, hipotrofia del músculo deltoides y trapecio, depresión subacromial por ausencia de cabeza humeral, que más bien se le palpa en hueco axilar, limitación de la movilización pasiva de la articulación por bloqueo mecánico; en la evaluación radiográfica se encuentra hipoplasia de clavícula, escápula, cavidad glenoidea; y extremidad proximal del húmero, la misma que está localizada debajo de la cavidad glenoidea; en el antebrazo se confirma la sinostosis radiocubital proximal; el estudio electro-miográfico no da datos de parálisis de plexo braquial.

Basado en la correlación de datos se llega al diagnóstico de luxación congénita de la articulación gleno-humeral, y sinostosis radiocubital proximal izquierda; planteándose

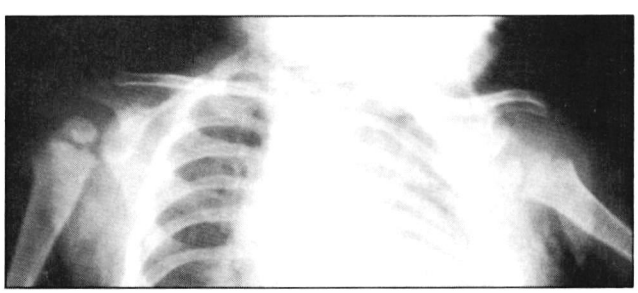


Fig 1.- Radiografía de la paciente que muestra la luxación de hombro izquierdo y las alteraciones oseas

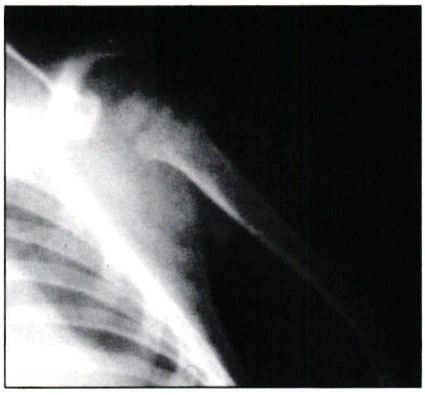


Fig 2.- Radiografía postoperatoria que muestra una reducción aceptable de la luxación gleno-humeral



Fig 3.- Radiografía de la articulación gleno-humeral a los 4 años post-operatorio, aún con alteraciones displásicas

la reducción quirúrgica de la luxación seguido de un programa de terapia física; a la edad de 6 y medio meses se realiza la reducción cruenta de la luxación de hombro con un abordaje anterior, ingreso por surco deltopectoral, confirmando la hipotrofia del músculo deltoides, pectoral mayor y trapecio, así como de los músculos del manguito rotador, se identifica la apófisis coracoides con su músculo coraco-braquial, se identifica el músculo subescapular, que se desinserta, exponiendo el complejo cápsuloligamentario que se encuentra distendido e hipertrofiado se abre la cápsula, encontrándose una cavidad glenoidea pequeña, superficial y llena de tejido fibroso; se realiza limpieza de cavidad y eliminación de adherencias intracapsulares de la cabeza humeral, la misma que se encuentra pequeña, ovoidea, de aspecto deslustrado; se realiza la reducción respectiva encontrándose gran inestabilidad; se procede a la reconstrucción capsular complementando con plicatura estabilizante, luego se verifica rango de movilidad, y procede al cierre por planos, en el postoperatorio se inmoviliza con un Velpeau de yeso por 2 semanas, y al empezar el programa de terapia física abandona los controles y manejo presentándose nuevamente al servicio luego de 4 años; encontrándose al examen, mejoramiento del contorno anatómico del hombro, mejora parcial de la movilidad activa de la articulación, persistencia de la limitación de la supinación del antebrazo por la sinostosis; en la evaluación radiográfica si bien existe una reducción aceptable de la luxación persisten aún los signos de displasia ósea de toda la articulación, con una epífisis humeral proximal irregular en su contorno y en su configuración interna.

Actualmente está en un programa de terapia física para lograr mejor función del hombro y del resto del miembro superior.

DISCUSION

Cuando nos referimos a la luxación gleno-humeral, recordemos que en el adulto es la más frecuente del cuerpo, representando aproximadamente el 45% de todas las luxaciones; sin embargo en el niño no es tan frecuente y ello debido a la conformación anatómica de la articulación que hace que las fracturas sean mucho más frecuentes que la luxación.

Estos hechos hacen que la luxación gleno-humeral en niños no haya sido tan estudiada como en el adulto; y cuando nos referimos a la variedad congénita, la situación es aún más crítica, puesto que son mucho más raras aún y los reportes en la literatura son escasos, de ahí que algunos autores como Cozen, recomiendan realizar un estudio muy detenido para descartar primero una luxación paralítica, por trauma de nacimiento, similar recomendación lo realizan los autores: Frosh, Greig y Whitman.

El caso que se presenta ha sido estudiado para descartar antecedente y cuadro de trauma obstétrico, y parálisis obstétrica, considerándose finalmente que se trataba de un cuadro de luxación congénita de hombro.

Al realizar la evaluación clínica se han encontrado características que concuerdan con los casos reportados como luxación congénita, alteraciones que se han corroborado durante el acto operatorio; se ha encontrado hipotrofia de diferente grado en los músculos extrínsecos e intrínsecos de la articulación, e hipoplasia de los componentes óseos; características que han dificultado la intención la estabilidad articular, que en cierta forma se ha superado con la plicatura y refuerzo capsular.

El resultado final no ha sido plenamente satisfactorio, a pesar de haber mejorado la movilidad y la conformación anatómica del hombro; y ello podría ser explicado por los siguientes factores:

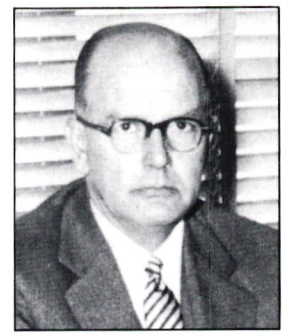
1) Alteraciones óseas existentes al momento de la reducción.
2) Hipotrofia de diferente grado en los músculos extrínsecos e intrínsecos de la articulación.
3) Abandono del programa de terapia física de parte del paciente.
4) Existencia concomitante de sinostosis radiocubital proximal del mismo miembro.

La presentación del presente caso, debe invitar a revisar la literatura al respecto y realizar una evaluación minuciosa para seleccionar el mejor esquema terapéutico y lograr una máxima participación de familiares para conseguir el éxito anátomo-funcional deseado.

Correspondencia :
Dr. Fernando Benavente Arce
Servicio de Traumatología.
Clínica IPSS Alberto Sabogal.
Av. Argentina 551 - Callao
Callao 1 - Perú.

BIBLIOGRAFIA

1) **Badgley CE, et al:** Combined procedure for the repair of recurrent anterior dislocation of the shoulder. J. Bone Joint surg. 1965. 47 A (1293).
2) **Bechtol CO**: Biomechanics of the shoulder. Clin. Orthop. 1980. 146 (37 - 41).
3) **Benavente A, Fernando**: Radiografías básicas de hombro, Revista del Instituto Peruano de Seguridad Social. 1991.- Vol 1 (18 - 23)
4) **Benavente A, Fernando**: Técnicas radiográficas en hombro. Revista de la Sociedad Peruano de Ortopedia y Traumatología. 1993, N° 27 (49 - 51)
5) **Brockbank, et al:** Orthopedic surgery in the 16th and 17th centuries, J. Bone Joint Surg. 1948. 30B (365 - 375)
6) **Chung MK, et al:** Congenital and development defects of the shoulder. Orthop Clin. North Am 1975. 6 (381)
7) **Gerlev C, et al:** Clinical assessment of inestability of the shoulder. J. Bone Joint Surg. 1984. 66B (551 - 556).
8) **Green NE**: Anterior subglenoid dislocation of the shoulder in an infant. Clin Orthop. 1978. 135(125 - 127).
9) **Hawkins RH**: Failed anterior reconstruction for shoulder inestability. J. Bone Joint Surg. 1985. 67: 5(709 - 714)
10) **Hovelius L**: Anterior dislocation of the shouder in teenagers and young adults. five years prognosis. J. Bone Joint Surg. 1987. 69A (393)
11) **Huber H, and Herbe C**: Voluntary subluxation of the shoulder in children. J Bone Joint Surg. 1994 76B (118 - 122)
12) **Hohnson JR:** Loss of shoulder function following acute anterior dislocation . J. Bone Joint Surg. 1991. 63B (633).
13) **Kanhn D, et al:** Traumatic bone paralytic dislocation of the shoulder in a newborn infant. J. Pediatric Orthop. 1984. 4 (121)
14) **Loveel-Winter**: Luxación congénita de hombro. Ortopedia Pediátrica de Lovell y Winter. 1988 (667 - 668)
15) **Matsen FA, et al:** Anterior glenohumeral inestability. The Shoulder. Rockwood Ch. 1990 (526 - 622)
16) **Rockwood Ch, Curtis R:** Glenohumeral subluxation and dislocation in children. The shoulder Rockwood. 1990. (1002 - 1010)
17) **Tachjian:** Luxación congénita de hombro. Ortopedia pediátrica de Tachdjian. 1976 (97).



De Galeno* a galeno

Nuestra profesión ha sido normada por milenios, por los preceptos éticos contenidos en el Juramento Hipocrático y aún cuando en ocasiones se dice que ya está pasado de moda, la claridad y altura de sus conceptos y reglas lo hace siempre perenne y adecuado a todas las épocas porque está fundado en los sentimientos más puros y nobles de la naturaleza humana.

Por ello es necesario tenerlo siempre presente, y sobre todo, cumplirlo. De nada sirve que el texto del Juramento, enmarcado artísticamente, figure en lugar visible en nuestros consultorios y oficinas, si sus normas y principios no son observados rigurosamente. Conviene leerlo con frecuencia que de esa lectura se extraen siempre nuevas fuerzas para continuar en el duro camino que la Profesión nos señala, sin apartarnos un ápice de los sagrados deberes que tenemos contraídos con nuestros pacientes y con nuestros colegas.

La preparación constante, de acuerdo con los adelantos de las Ciencias Médicas, el cariño, el consejo, la abnegación, la comprensión y todos los recursos afectivos que tiene la naturaleza humana deben ser puestos al servicio del doliente que requiere de nuestros cuidados.

Para el colega, el médico debe ser afectuoso, tolerante, comprensivo, sin egoísmos y sin envidias, llano a compartir conocimientos y presto a aliviar necesidades, procurando favorecerlo al máximo dentro de las posibilidades, considerándolo y tratándolo como a un hermano, que no otra cosa es el que comparte y sigue nuestra Profesión.

Iguales consideraciones de relación nos merecen nuestros amigos y familiares, y en general nuestros semejantes.

Todo esto está contenido en las frases que constituyen el texto del Juramento Hipcrático que debemos cumplir y no quebrantar si queremos que "los frutos de la vida y el arte sean nuestros y que siempre seamos honrados por todos los hombres" como está escrito en él.



(*) Revista Galeno Año 2, Nº 24 Año 1973
Director :Dr. Guillermo Kaelin de la Fuente.

Bases del Premio Kaelin 96

RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL
Nº 1337 GG-IPSS-95

Lima, 18 de Diciembre de 1995

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 008-PE-93 del 18 de febrero de 1993 quedó establecido el Premio Kaelin en Ciencias de la Salud para los Profesionales de la Salud del Instituto Peruano de Seguridad Social,

Que, en el Artículo primero de la Resolución de Dirección Ejecutiva Nº 522-DE-IPSS-93 aprueban las Bases que regula el Premio Kaelin; así mismo en su artículo tercero, señala que las bases sólo pueden ser modificadas por Resolución de Gerencia General,

Que, luego de la evaluación de las bases durante la realización del Concurso durante 1995, se ha determinado realizar modificaciones en las Bases Aprobadas en función de la experiencia en lo ejecutado con propuestas del Jurado Calificador del Premio Kaelin.

Que, es necesario dejar establecido con la debida anterioridad las Bases del Premio Kaelin para los años siguientes, a partir de 1996 para realizar una adecuada difusión a nivel nacional.

En uso de las atribuciones conferidas y estando a lo acordado,

SE RESUELVE:

1º Aprobar las Bases del Premio Kaelin en Ciencias de la Salud, el cual es parte integrante de la presente Resolución.

2º Las Bases entrarán en vigencia a partir del Concurso convocado para el año 1996 y sólo se modificarán por Resolución de Gerencia General antes de su convocatoria que se realiza en forma anual.

3º La difusión de las Bases será de responsabilidad de la Red de Información Científica y de las Direcciones de todos los Centros Asistenciales del IPSS.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

Ing. MIGUEL MONTERO ONETO
Gerente General

CAPITULO I: INTRODUCCION

El Instituto Peruano de Seguridad Social ha instaurado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 008-PE-IPSS-93 del 18 de febrero de 1993 el premio denominado "PREMIO KAELIN A LA INVESTIGACION CIENTIFICA EN SALUD" a nivel institucional con el propósito de estimular y fomentar la investigación científica, así como favorecer la divulgación de los continuos progresos en el campo de la salud.

CAPITULO II: GENERALIDADES

1º La convocatoria al "Premio Kaelin" se realizará en el mes de Diciembre de cada año, la que se hará conocer a través de comunicaciones escritas, afiches y en los principales diarios de circulación nacional.

2º El premio se otorgará una vez por año al mejor trabajo de acuerdo a los niveles hospitalarios:

Nivel A: Hospitales Nacionales IV
Nivel B: Hospitales II y III
Nivel C: Hospitales I, Policlínicos, Postas y Centros Asistenciales

3º El Concurso está dirigido a Médicos, Residentes, Serumistas, Internos y Profesionales de la salud en actividad del Instituto Peruano de Seguridad Social.

4º El trabajo de Investigación en mención deberá haber sido realizado íntegramente en un Centro Asistencial del Nivel Hospitalario al que se presente en el Concurso o en un Area administrativa de la institución.

5º Para concursar, los profesionales deben conformar equipos de investigación multidisciplinaria con un mínimo de dos personas. Estos equipos serán liderados por un Profesional de la Salud quien será el Jefe del Proyecto y podrán participar únicamente con un trabajo.

6º No podrán concursar los autores o coautores que se hubieran hecho acreedores al premio Kaelin el año anterior a la convocatoria del Concurso.

7º El Instituto Peruano de Seguridad Social adquiere los derechos de edición de los trabajos presentados al Concurso.

CAPITULO III: DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD.

8º Los trabajos presentados deben contar con los siguientes requisitos :

- Pueden ser de Ciencias Básicas, Aplicadas. Asistencial o Administrativo.
- Deben ajustarse a la metodología científica de todo trabajo de investigación.
- Deben ser inéditos y originales. No haber sido presentados simultáneamente en otros concursos.

9º Los criterios de calificación para los trabajos presentados que se tomarán en cuenta, son:

- Originalidad, creatividad: 30 %
- Metodología y estructura utilizada: 30 %
- Aplicabilidad, trascendencia social en beneficio de la institución y del país: 30 %
- Presentación: 10 %

10º Cada equipo deberá presentar siete ejemplares del trabajo en los cuales debe figurar sólo el seudónimo y el título del trabajo y el nivel al que se postula. No deberán incluirse dedicatorias, pensamientos, ni nombre de los autores. El grupo de los ejemplares a su vez deberán ser entregados en sobre único cerrado, lacrado y con iguales características señaladas.

11º En sobre aparte, igualmente cerrado y lacrado, cada equipo de investigación deberá incluir:

a) El seudónimo empleado
b) Nombres y Apellidos de los autores y co-autores
c) El título del trabajo
d) El servicio asistencial donde se realizó el trabajo
e) El Hospital o Centro Asistencial del IPSS donde laboran y cargos que desempeñan los miembros del equipo de investigación.
f) Dirección y teléfono de cada miembro
g) Declaración Jurada de cada uno de los autores y coautores aceptando las Bases del Concurso, según anexo.

12º Los trabajos podrán entregarse hasta las 19 horas del 30 de Julio de cada año, en la Red de Información Científica del IPSS, sito en Jr. Domingo Cueto 120-Octavo Piso, Jesús María, Lima.

13º A la entrega del trabajo se otorgará una constancia de recepción señalando el seudónimo de los concursantes, lugar, fecha, hora.

14º En casos de fuerza mayor, el IPSS podrá ampliar el plazo de recepción , el cual se difundirá a través de los medios de comunicación.

CAPITULO IV: DEL JURADO CALIFICADOR

15º El Jurado Calificador estará integrado por representantes de las instituciones vinculadas a la salud los cuales nombrarán un miembro titular y suplente, siendo el representante del IPSS quien lo presida.

16º Las instituciones representadas en el Jurado son :

- Organización Panamericana de Salud
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Universidad Nacional Federico Villarreal
- Colegio Médico del Perú
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- Instituto Peruano de Seguridad Social

17º En caso de impedimento del miembro titular, el suplente acreditado por la Institución conformante del Jurado asumirá sus funciones.

18º El Jurado podrá solicitar, si lo considera necesario, la conformación de un comité de apoyo técnico que estudie ciertos aspectos específicos del material reunido.

19º Las decisiones del Jurado Calificador son irrevocables e inapelables. El Presidente del Jurado llevará un Libro de Actas para tal fin, el cual será visado por la Red de Información Científica

20º El Jurado sesionará en forma válida con la mitad más uno de sus miembros, los acuerdos se adoptarán por mayoría simple de los miembros asistentes, salvo en la sesión en que se decida los ganadores del Premio Kaelin, en el que será necesario el voto coincidente de al menos cuatro miembros.

21º El Jurado seleccionará un sólo trabajo ganador por nivel. En caso de igualdad de votos el Presidente tendrá el voto dirimente.

22º Cuando a criterio del Jurado, en algún nivel hospitalario, ninguno de los trabajos presentados reúna los puntajes suficientes para ser declarado ganador, el monto del premio será empleado por la Red de Información Científica en la adquisición de Material Bibliográfico.

23º El IPSS emitirá una Resolución de Gerencia General oficializando los acuerdos tomados por el Jurado Calificador sobre los trabajos ganadores.

CAPITULO V: DE LOS PREMIOS

24º La entrega del PREMIO KAELIN, se realizará en acto público en el mes de diciembre de cada año.

25º Los premios a otorgarse en cada nivel consistirán en un DIPLOMA DE HONOR, UNA MEDALLA CON LA EFIGIE DEL DR. GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE Y UN RECONOCIMIENTO ECONOMICO DE LA INSTITUCION en moneda nacional.

26º El IPSS asignará en el presupuesto de la Red de Información Científica los recursos necesarios para el otorgamiento de los premios correspondientes.

27º Los trabajos ganadores serán publicados por el Instituto Peruano de Seguridad Social en el LIBRO KAELIN que cada año se edita, y en la Revista Médica del IPSS.

DECLARACION JURADA
(MODELO)

YO,..... identificado (a) con L.E.Nº ..... servidor(a) de la institución en el ....., **DECLARO BAJO JURAMENTO** que el trabajo presentado para participar en el Concurso de Trabajos de Investigación "***PREMIO KAELIN***" cumple con los requisitos de ser inédito y original tal como lo especifican las bases del concurso. Así mismo **DECLARO** cumplir y acatar las demás Bases del Concurso.

Tal declaración la hago en concordancia a lo dispuesto por la Red de Información Científica del IPSS.

Lima, ... de 1996

.....

Nombre : .....
L.E. Nº : .....

REGLAMENTO DE PUBLICACION

I. DE LA REVISTA

La Revista Médica del IPSS está destinada a difundir los trabajos y el bagaje de conocimientos de la medicina contemporánea. dicha acción la ejerce a través de los profesionales médicos que laboran en la institución, así como de otros profesionales que por su calidad y rigor científico merezcan la publicación de sus artículos.

II. DE LAS SECCIONES DE LA REVISTA

La Revista Médica del IPSS contará con las siguientes secciones:

2.1) Editorial
Destinado a aspectos doctrinarios del IPSS o de temas que por su trascendencia y actualidad requieran de la opinión institucional como organismo colegiado. Esta sección es de exclusiva responsabilidad del editor de la revista.

2.2) Trabajos originales
Corresponde a la sección de trabajos originales e inéditos de diversas especialidades. Para considerar su publicación deberán reunir los siguientes requisitos:

RESUMEN
En el que se expondrá en forma precisa la esencia del trabajo y tendrá su respectiva traducción al inglés, la cual no deberá exceder las 200 palabras.

INTRODUCCION
Que incluye la exposición de motivos del trabajo y breve referencia de la literatura pertinente.

MATERIAL Y METODOS
Que comprenderá:
- Material: Se describirá brevemente las características del material estudiado o empleado en el trabajo.
- Métodos: Se identificará la metodología empleada y se indicarán los datos suficientes que permitan a otros investigadores reproducir el mismo estudio.

Se describirán en detalle datos solamente cuando tengan características originales o poco conocidas.

RESULTADOS
Deberán ser de carácter objetivo, con el análisis estadístico en los casos pertinentes, sin interpretación personal. Las tablas y figuras correspondientes se acompañarán en hoja por separado de acuerdo a lo especificado en 3.4.

DISCUSION O COMENTARIO
Comprenderá la interpretación de los resultados, de su concordancia o discordancia con los trabajos realizados por otros autores sobre la misma materia y las sugerencias o postulados pertinentes.

BIBLIOGRAFIA
Se especificará según las normas del Index Médicus y será presentada en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen en el texto entre paréntesis.

Para artículos: Apellidos del autor o autores, seguidos de las iniciales del nombre, Título del trabajo, nombre abreviado de la Revista, Volumen, Número de página, Año.

Para textos: Apellidos del autor o autores, seguidos de las iniciales del nombre, título en el idioma original, número de la edición, editorial año de publicación.

2.3) Abstractos
Corresponderá a trabajos preliminares, sumarios de tesis y otros trabajos similares. Tendrán una extensión máxima de una página de la Revista. Esta sección será de responsabilidad de los autores.

2.4) Biografía médica
Destinada a destacar la semblanza de un médico peruano contemporáneo, cuya labor haya tenido trascendental influencia en la vida médica del país. Esta sección será encargada por el Comité Editorial a algún profesional colegiado.

2.5) Crónica
Se considerará para esta sección la información de las actividades de las instituciones científicas y gremiales, vinculadas al quehacer médico. La información deberá enviarse con la debida anticipación.

2.6 Casos clínicos
Se considerarán para su publicación únicamente aquellos casos que signifiquen interés diagnóstico, anomalía de evolución, rareza de observación o evidente interés por la respuesta terapéutica.
Comprenderá las siguientes partes: historia clínica y discusión.

2.7) Revisión de temas
Se realizará una revisión nosológica de un aspecto científico determinado.
Su objeto será resumir, analizar, sintetizar y actualizar información sobre el tema.

2.8) Noticias - IPSS
Se publicarán hechos trascendentales en el campo administrativo que hayan sido realizados en las diversas gerencias y/o hospitales de la institución.

NOTA.- Las secciones de la Revista Médica del IPSS anteriormente indicadas, no implican necesariamente obligatoriedad de ser incluidas en esta publicación ni excluyen otras colaboraciones que por su calidad merezcan ser consideradas.

III. DE LAS TABLAS E ILUSTRACIONES

Se refiere a tablas, gráficos, fotografías y otros documentos similares:

3.1) Los cuadros e ilustraciones serán presentados cuando sean estrictamente útiles para el entendimiento del texto. No deberán ser reiterativos entre sí o con relación al texto.

3.2) Todas las ilustraciones deben ser enviadas en páginas separadas, indicando claramente su numeración y orientación y el lugar del texto donde deben ser ubicadas.

3.3) Las fotografías o reproducciones de radiografías deben ser en blanco y negro y de muy buena calidad técnica, a fin de facilitar la obtención de clisés aceptables. En el reverso se indicará la posición en que se presentarán en la publicación.
Las publicaciones de reproducciones a color deberán consultarse al editor responsable.

3.4) Los diseños, gráficos y fotografías no deberán sobrepasar el área de dos páginas. el empleo de mayor área deberá consultarse con el editor responsable.

IV. NORMAS DE PUBLICACION

Se refiere a aspectos generales de los trabajos:

4.1) Todo trabajo para su publicación debe ser presentado en original con una copia,en la Red de Información Científica, sito en Jr. domingo Cueto Nº 120, Jesús María.

4.2) La Revista Médica del IPSS acepta la solicitud de publicación de artículos sean estos nacionales y extranjeros inéditos de cualquier especialidad médica que se ajusten a los requerimientos del presente reglamento. La solicitud presupone prioridad para la Revista Médica del IPSS. El editor responsable, en un plazo no mayor de 15 días, acusará nota de recepción del trabajo con indicación precisa de la fecha de recibo.

4.3) La Revista Médica se reservará el derecho de aceptar los trabajos que se presenten y de solicitar las modificaciones que considere necesarias para cumplir con las exigencias de la publicación. también se reserva el derecho de uniformizar el manuscrito de acuerdo al estilo de la Revista.

4.4) Los trabajos deberán enviarse en original y una copia, en páginas numeradas, escritos a máquina a doble espacio y con un margen de 4 cms. en papel carta de 22 x 28 cms. Los «trabajos originales» no excederán de 15 páginas. Los «Resúmenes de Revista» no excederán de 250 palabras; y los «Resúmenes de libros» no excederán 500 palabras.
La página inicial deberá tener el título del trabajo, título abreviado, nombre o nombres de los autores, lugar de trabajo de los autores, instituciones y organismos que apoyaron la investigación, nombre y dirección del autor, a quien puede enviarse correspondencia respecto al artículo.(*)

4.5) Los autores que hayan presentado trabajos recibirán en 15 días una carta del editor responsable de «aceptación» o «no aceptación» de dichos trabajos.
Los originales de los trabajos no aceptados serán remitidos con la carta de «no aceptación».
Los derechos de autor de los trabajos publicados pertenecerán a la Revista Médica del IPSS.

4.6) La publicación de trabajos por la Revista Médica del IPSS en sus diferentes secciones no involucra necesariamente solidarizarse con las opiniones vertidas por él o los autores.

4.7) Los trabajos presentados para su publicación en la Revista Médica del IPSS serán revisados y calificados por el Comité Editorial, en algunos casos por profesionales especializados a solicitud del Comité, los que acompañarán un informe acerca del mismo.
En el caso de contribuciones de miembros del Comité Editorial serán revisados y calificados por otros profesionales de la especialidad, designados por el presidente del Comité Editorial.

(*) Además de las copias del manuscrito, por favor enviar un diskette debidamente grabado indicando programa y archivo.