

universidad
verdad

N° 50

MEDICINA FAMILIAR

REVISTA DE LA UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Diciembre 2009

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Dr. Mario Jaramillo Paredes

RECTOR

Lcdo. Joaquín Moreno Aguilar

VICERRECTOR

Ing. Jacinto Guillén García

DECANO GENERAL DE INVESTIGACIONES

Econ. Carlos Cordero Díaz

DECANO GENERAL ADMINISTRATIVO FINANCIERO

UNIVERSIDAD - VERDAD

Revista de la Universidad del Azuay

Director

Dr. Claudio Malo González

Consejo Editorial

Dr. Oswaldo Encalada Vásquez

Arq. Diego Jaramillo Paredes

Ing. Francisco Salgado Arteaga

Diagramación

Mario Merchán Barros

Diseño de portada

MasakiSanto

La responsabilidad por las ideas expuestas en esta revista corresponde exclusivamente a sus autores
Se autoriza la reproducción del material de esta revista siempre que se cite la fuente
Canjes y donaciones: Biblioteca <<Hernán Malo González>> de la Universidad del Azuay

ISSN 13902849

Avda. 24 de mayo N° 7-77 y Hernán Malo

www.uazuay.edu.ec

Apartado Postal 981

Teléfono: 2881-333

Cuenca - Ecuador

MEDICINA FAMILIAR

CONTENIDO

NOTA DE LOS EDITORES	7
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DIABETES TIPO 2 Pedro Martínez Borrero	9
ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS ANCIANOS DEL ÁREA RURAL Anita Vicuña Pommiér	25
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, RESIDENTES EN LA PARROQUIA SANTA ANA DE CUENCA, EN EL AÑO 2008 Maribel Valdivieso Espinosa	47
DETERMINACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DEL CICLO BÁSICO DEL COLEGIO GUILLERMO MENSÍ DESDE LA MIRADA DE LA MEDICINA FAMILIAR Diana López Sigüenza	73
CEPILLADO ENDOCERVICAL Y LEGRADO ENDOCERVICAL Pedro José González Serrano	125

TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE ADULTO DESNUTRIDO Patricia Molina Maldonado	163
PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIOCULTURALES EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA IESS Pablo Benenaula Bojorque	179
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE SAN JOSÉ DE SIDCAY María Claudia Moscoso Cordero	231

NOTA DE LOS EDITORES

El mes de agosto de este año, se incorporó la primera promoción de médicos graduados en la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. En el ámbito universitario lo deseable es que los centros de estudios superiores aborden las diversas áreas del quehacer humano, como las humanísticas, las tecnológicas y las de salud con el objeto de formar profesionales y realizar investigaciones en los múltiples campos del quehacer humano. La última facultad creada en la Universidad del Azuay fue la de medicina que ha funcionado con eficiencia y seriedad. La salud es una de las necesidades más importantes del ser humano y los avances científicos y tecnológicos han sido de enorme importancia a lo largo de la historia. La creación de una facultad de medicina es de enorme importancia, pero es fundamental que se lleve a cabo contando con los múltiples recursos que esta carrera requiere, ya que se está abordando problemas relacionados con la vida humana.

Con la seriedad que le caracteriza asumió la Universidad del Azuay este reto al poder contar, además de calificados profesores, con una infraestructura apropiada como hospital y laboratorios, ya que el proceso de aprendizaje en este campo implica un cercano contacto con quienes adolecen problemas de salud y los medios para superarlos. El Hospital Universitario del Río, cuyo equipamiento responde a las exigencias más avanzadas de nuestro tiempo, cumple con este propósito.

La orientación de esta facultad va hacia el reforzamiento de la medicina familiar. Orientaciones de la medicina tienden a aislar al paciente de su entorno cercano y a convertirlo en algo así como en una ficha dentro de los centros de salud. La familia es la unidad esencial para el desarrollo de los integrantes de nuestra especie y en su entorno se da el proceso de endoculturación desde sus inicios. No es adecuado prescindir en el caso de la salud de este entorno, de allí que la formación de profesionales de la medicina debe inducir a los estudiantes a tener esta visión en su ejercicio profesional.

En nuestro país, considerado entre los del tercer mundo, un elevado porcentaje de la población reside en el sector rural en el que la infraestructura instalada como hospitales o clínicas no está en la cercanía, por lo que la cooperación entre los integrantes de la familia es fundamental para que los procesos de tratamiento y curación tengan mayor éxito. Las universidades deben formar profesionales orientados hacia la realidad en que se vive y comprometidos con ella; con esta visión la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay aspira a cumplir con este propósito.

Funcionalidad familiar y diabetes tipo 2

Pedro Martínez Borrero¹

Médico de Familia
Facultad de Medicina
Universidad del Azuay

1 Autor para correspondencia

Resumen

La diabetes constituye un problema de salud pública de primera magnitud, el cual ha pasado de ser una enfermedad característica de los países desarrollados a considerarse como una epidemia en los países en desarrollo. Esta situación se debe a que estos países enfrentan una transición que va desde “el rezago en salud” (mortalidad por enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción) a los “riesgos emergentes” asociados con la industrialización, la urbanización y con el envejecimiento poblacional.

El presente trabajo aborda el desarrollo de la Diabetes tipo 2 en Ecuador desde un punto de vista enfocado en buscar la relación del desarrollo de la patología con la situación del entorno familiar. En este estudio se incluyeron cien pacientes, los cuales fueron evaluados en variables antropométricas, tiempo de evolución de la enfermedad y porcentaje de hemoglobina glicosidada. Estas variables fueron contrastadas con la funcionalidad familiar, encontrándose relación entre la funcionalidad familiar y las variables sexo y perímetro abdominal (OR=1.58).

Palabras clave: diabetes, funcionalidad familiar.

Introducción

*“Los doctores son hombres que prescriben
medicamentos que conocen poco,
para curar enfermedades de las que conocen aún menos,
en seres humanos a los que no conocen para nada”.*

Voltaire

La irónica frase de Francois Voltaire, referida a la labor del médico es lamentablemente verdadera en el siglo XXI. Los médicos modernos se han refugiado en la tecnología y los adelantos científicos para perder de vista al verdadero protagonista de la díada salud – enfermedad. El ser humano es un ente individual perteneciente a un colectivo, la familia, que en realidad debe ser considerada como una tríada con la presencia del médico.

La vida implica un cambio constante de estados, desde el nacimiento, niñez, juventud, edad madura, vejez y muerte. Estas etapas transcurren en compañía de otras personas. La tendencia actual, orientada a medir todo, cuantificar lo posible, nos lleva a la fragmentación de algo que no es divisible: la entidad familiar.

La visión y misión del médico de familia es la integralidad en el tiempo, el seguir a las personas a lo largo de ese continuum, permite un manejo adecuado de las diferentes etapas por las que transita el hombre, cuando se habla de la persona debe de hecho estar implícito el “ellos”, la familia. Esa forma de afrontar los eventos trae evidentes mejoras en el cuidado de los que están a cargo del médico familiar. No debemos perder de vista la satisfacción personal del

que practica este tipo de arte. El contemplar y vivir de cerca el desarrollo de múltiples familias trae como premio una visión más amplia de la vida, una interrelación cercana que nos permite pensar en que tenemos y pertenecemos a diversas familias.

La medicina es más que el simple oficio de diagnosticar y prescribir tratamientos. El médico de familia es, de hecho, un especialista en casi todas las ramas de la medicina. Lo que lo hace diferente es la visión holística, integral y humana de cada persona y su entorno; por lo que, al trabajar con familias, se hace indispensable el estudio del funcionamiento de las mismas.

La diabetes mellitus es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La diabetes mellitus tipo 2 forma parte del síndrome metabólico, cuyo componente básico es la obesidad abdominal definida por un perímetro abdominal igual o mayor a 90 cm. en hombres e igual o mayor a 80 cm. en mujeres, además de criterios adicionales que se citan a continuación:

- a) triglicéridos igual o mayor a 150 mg. o en tratamiento,
- b) colesterol hdl bajo, menor a 40 mg. /dl en hombres o menor a 50 mg./dl en mujeres,
- c) presión arterial sistólica igual o mayor a 130 mm. Hg o bajo tratamiento, presión arterial diastólica igual o mayor a 85 mm. Hg o en tratamiento,
- d) glicemia en ayunas igual o mayor a 100 mg./dl. en ayunas o igual o mayor a 140 mg./dl. luego de

una prueba de tolerancia a la glucosa e incluye diabetes.

De acuerdo a la Asociación Latinoamericana de Diabetes, se define que buen control metabólico es capaz de disminuir las complicaciones a largo plazo, al paciente que tiene una concentración de hemoglobina glicosilada menor a 6.5%. (ALAD 2007). El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, reporta a la diabetes mellitus como la primera causa de mortalidad femenina en Ecuador, con una tasa de mortalidad de 26,3 por cada 100 000 habitantes de sexo femenino (INEC, 2007).

Se sospecha que la prevalencia real de la diabetes puede alcanzar a cifras muy importantes, tanto que algunos estudios la reportan en niveles del 30 al 40%. El reconocimiento de esta patología como una enfermedad crónica que afecta a millones de personas en el mundo ha motivado la búsqueda de diferentes ámbitos de atención, principalmente con los conocimientos, las percepciones, actitudes y temores de los pacientes en el contexto familiar y comunal (Fundora, 2007).

Las afecciones crónicas no aparecen de un momento a otro. Alguna manifestación de laboratorio o clínica preexiste a la aparición de la enfermedad y se manifiesta antes de que el mal se revele con todas sus características. El contemplar a la familia, con los diversos instrumentos de análisis de la medicina familiar, hace que el profesional pueda presentar guías anticipadas para en muchas ocasiones hacer más lenta la progresión o evitar la aparición de muchas patologías que pueden hacerse crónicas.

El síndrome metabólico precede en muchos pacientes a la aparición de la diabetes mellitus tipo 2, que, se inicia con la resistencia a la insulina, y que tiene implicaciones en la disfunción endotelial, factores procoagulantes, dislipidemia, alteraciones del metabolismo de la glucosa, cambios hemodinámicos, cuyo origen posiblemente es genético (ALAD 2007).

El aumento de la expectativa de vida de las personas y el envejecimiento de las poblaciones ha aumentado la frecuencia de las enfermedades degenerativas, provocando una carga muy importante para los servicios de salud a nivel mundial. La diabetes es una enfermedad con afectación multi sistémica, al momento no curable, por lo cual se la considera como abanderada de las patologías crónicas. Esto implica que las personas diabéticas tienen una alta expectativa de vida y este mal afectará cada vez más a personas ancianas. Esta situación incidirá directamente en la estructura familiar.

De las varias definiciones de familia, podemos citar a la que se desarrolló durante el Postgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Azuay, versión 2007: “La familia es el grupo de personas que viven bajo el mismo techo, que reconocen a uno de sus miembros como jefe o representante y que comen de la misma olla”. A diferencia de otras definiciones, en ésta se recalca que no es necesario un lazo o nexo sanguíneo ni tampoco hace referencia a la diferencia de géneros, ya que la familia debe ser un conjunto de evolución y cambio, avanzando siempre a mejores niveles de crecimiento.

Santacruz Varela, citado por Herrera Ávila, considera la funcionalidad familiar con un enfoque psicosocial,

basándose en una dinámica de las relaciones intrafamiliares. Clasifica las familias como funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales.

Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi integrada o desintegrada. Se clasifica a las familias por sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento como tradicional o moderna, o se tipifica como rural o urbana (Herrera, s.a).

La capacidad de las familias de mantener una estructura estable, pero a la vez flexible al cambio y a la disposición de aprender de otros es lo que ha llevado a la supervivencia de esta forma de relación humana. No siempre se cumplen estas características, por lo que las familias pueden convertirse en disfuncionales, lo que influye directamente en la calidad de vida de sus miembros.

Las enfermedades crónicas multicausales implican un complejo manejo. El control metabólico de la diabetes se ve condicionado por aspectos socioculturales, psicológicos y educacionales, lo cual implica lograr cifras glucémicas próximas a la normalidad, requiere de la participación activa del paciente donde el estado afectivo – emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado. Al respecto, algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables, como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2 (Colunga-Rodríguez, 2008).

La enfermedad crónica es una crisis que produce desmoralización del que la sufre y los que están alrededor.

El equipo de atención primaria debe prever la aparición de situaciones de crisis familiar, fundamentalmente acompañando al paciente y su familia durante las sucesivas etapas de negación, miedo, ira, aceptación y resolución. Los prestadores de salud básica deben intervenir para ayudar a lograr una resolución de la crisis menos traumática para la familia (Armas y Díaz, 2007).

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud, no solo desde el punto de vista físico, sino también en apreciaciones psicológicas de las que habitualmente los médicos no quieren tomar a su cargo. Se ha demostrado que los pacientes portadores de diabetes y sus cuidadores tienen más depresión y menor autoestima comparados con pacientes controles, esto se da sobre todo en aquellos con sobrepeso u obesidad (Mena-Martín *et al.*, 2006).

La valoración del paciente y su entorno familiar es fundamental en el manejo de la diabetes y otras enfermedades crónicas. Por este motivo la presente investigación se enfoca en valorar la funcionalidad familiar y su incidencia en el control metabólico del paciente de diabetes tipo 2.

Metodología

Tipo de estudio: Estudio descriptivo ecológico.

Universo y muestra: El presente estudio se desarrolló en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo y en la Fundación Donum de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Estas entidades sin fines de lucro tienen

políticas de categorización que permiten establecer tarifas diferenciadas a los usuarios, con un trato equitativo y solidario a las personas que solicitan sus servicios. Los pacientes que acuden a estos centros de salud son de estrato socioeconómico bajo, y provienen de las zonas rurales de Azuay, Cañar, Loja, Morona Santiago y El Oro.

El universo fue definido como todo paciente diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 y su familia, con el fin de determinar la funcionalidad familiar con el instrumento de encuesta FF-SIL, construido por investigadores de la Maestría de Psicología de la Salud de Cuba.

Este instrumento registra los niveles de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, adaptabilidad y los roles de los miembros de una familia. Estas características se expresan en una escala cuantitativa, que va de 1 a 5, y se aplica en una encuesta de catorce preguntas.

Los encuestados marcan el nivel considerado para su familia en las características a medir, según su percepción como miembro del hogar. Cada puntaje es sumado y se asigna a una escala de categorías que describen la funcionalidad familiar.

De 70 a 57 puntos: familia funcional

De 56 a 43 puntos: familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos: familia disfuncional

De 27 a 14 puntos: familia severamente disfuncional,
(Ortega *et al.*, 1999).

El instrumento utilizado fue validado con una prueba en cinco pacientes que acudieron a la consulta de medicina

interna de la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo.

Para desarrollar el estudio se obtuvo una muestra probabilística por conveniencia.

Variables:

Variable independiente: funcionalidad familiar

Variables dependientes: enfermedades crónicas, representadas por la diabetes mellitus tipo 2.

Resultados y discusión

En este trabajo se incluyeron cien pacientes; 24 varones y 76 mujeres. Las características del grupo estudiado se resumen en el siguiente cuadro:

Variable	Valor Mínimo	Valor máximo	Media	Mediana	Moda
Edad	24.8 años	80.5 años	58.7 años	60 años	67 años
Tiempo de evolución de la enfermedad	0 días*	30 años	5.9 años	5 años	5 años
Perímetro abdominal	64 cm.	126 cm.	98.95 cm.	98 cm.	94 cm.
Hemoglobina glicosilada	4.9 %	12.2%	7.9 %	7.8%	9%

Cuadro 1: Valores máximos y mínimos, media, mediana y moda para las variables dependientes registradas a los pacientes incluidos en el estudio de Diabetes y Funcionalidad Familiar. (*0 días = pacientes diagnosticados de diabetes en el momento de realizar el estudio).

83 de las familias incluidas en este estudio son funcionales o moderadamente funcionales. Las asociaciones entre variables fueron evaluadas mediante pruebas de Odds – ratio. Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Funcionalidad familiar	Hemoglobina glicosidada		Perímetro abdominal		Sexo	
	+	-	+	-	M	F
+	29	54	21	62	21	62
-	9	8	3	14	3	14
Odds ratio	0.48 no existe asociación		1.58 existe asociación		1.07 existe asociación	

Cuadro 2: Tablas de contingencia para probar la asociación de las variables: concentración de hemoglobina glicosidada, perímetro abdominal y sexo con la funcionalidad familiar. Medida de asociación de variables: Odds ratio

Los valores de Odds ratio obtenidos para la comparación entre las variables perímetro abdominal y sexo con la funcionalidad familiar muestran asociación entre las variables estudiadas.

Los datos presentados en este estudio son importante evidencia de la situación de la Diabetes tipo 2 en nuestra zona. De acuerdo con las guías de la ALAD, el corte del perímetro abdominal para la población mestiza es de 80 cm. en mujeres y 90 cm. en hombres (ALAD, 2007). En la muestra estudiada, tres mujeres y tres hombres concuerdan con estos parámetros, lo que significa que prácticamente la totalidad de las personas de este estudio presentan obesidad abdominal, componente esencial del síndrome metabólico.

En concordancia con la guía de la ALAD, se consideró la recomendación de concentración de hemoglobina glicosidada menor a 6.5%. No obstante, es necesario individualizar las metas, de acuerdo a la situación de cada paciente. En este estudio, 27 pacientes cumplen esta condición; 38 tienen un porcentaje de hemoglobina glicosidada menor o igual al 7%. Estos resultados nos permiten asumir que, a pesar de las dificultades asociadas al desarrollo de esta patología, unidas a las circunstancias socio económicas y culturales del medio, el control metabólico de muchos pacientes es aceptable.

Jimenez-Benavidez *et al.*, 2005, reportan que no existe relación entre el grado de función familiar y el control glucémico de los diabéticos tipo 2. Nuestro estudio, basado en el instrumento de análisis de percepción de funcionalidad familiar, FF-SIL, muestra que 84 familias de la muestra son funcionales o moderadamente funcionales. Para obtener registros más cercanos a la realidad actual se podrían utilizar otros instrumentos con el fin de revalidar o refutar la afirmación del estudio de Jimenez-Benavidez *et al.*

Conclusiones

La visión integral, con énfasis en el seguimiento a lo largo del tiempo, y los conocimientos científicos, hacen que el médico de atención primaria sea la persona idónea para interactuar con pacientes afectados por síndromes metabólicos y sus allegados. La posible repetición de conductas y patologías en las familias hacen de la prevención primaria la base para disminuir el número de personas afectadas por la diabetes tipo 2.

El médico familiar debe manejar las crisis derivadas de los diagnósticos difíciles, acompañando al paciente en todo momento. La visión del especialista biólogo, muchas de las veces, se restringe a parámetros fisiológicos. El paciente es un ser único e irrepetible, que merece el mejor de los tratamientos, siendo éstos no solamente farmacológicos, sino fundamentalmente la amistad, la empatía y el compañerismo.

La adecuada funcionalidad familiar permite la adaptabilidad, solidaridad, afecto y la capacidad de solucionar los problemas. Este factor puede ser un elemento clave para evitar la progresión hacia la diabetes.

Bibliografía

Colunga-Rodríguez C, García J, Salazar J, González M (2005) Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México [en línea], Disponible:

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642008000100013&script=sci_arttext [Fecha de consulta: 2009 enero 10]

Fundora M (2007) Diabetes mellitus. La crónica de la historia [en línea] Disponible:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/553/1/Diabetes-mellitus-Lacronica-de-la-historia.html> [Fecha de consulta: 2008 diciembre 20]

Herrera A (Sin fecha) La familia como unidad de análisis [en línea], Disponible:

www.geocities.com/hiponiqueo/Familiy.html [Fecha de consulta 2009 enero 9]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ecuador, Indicadores Básicos de Salud (2006) [en línea], Disponible:

http://www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/anuarios/inv_soc/nac_def [Fecha de consulta: 2008 noviembre 24]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ecuador (2007) Defunciones [en línea], Disponible:

http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit3 [Fecha de consulta: 2008 noviembre 24]

Mena-Martín F, Martín J, Simal F, Bellido J, Carrertero J (2006) Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega [en línea], Disponible:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992006000800002&script=sci_arttext&tlng=es. [Fecha de consulta: 2008 noviembre 20]

ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS ANCIANOS DEL ÁREA RURAL

Anita Vicuña Pommiér

Médico de la Fundación CINTERANDES
Especialista en Salud Familiar
Profesora de la Facultad de Medicina de la
Universidad del Azuay

RESUMEN:

Las condiciones de vida de los ancianos con enfermedades crónicas en el área rural plantean una serie de problemas no resueltos, como el acceso a las unidades de salud desde sus viviendas, el mayor riesgo para caídas por las condiciones del entorno, las dificultades de tratamiento por los pocos recursos con que cuentan las unidades de salud de la zona rural, el abandono en el que se encuentran porque en la mayor parte de los casos sus hijos son emigrantes o viven a distancia.

La observación de algunos casos concretos nos refleja en forma general las condiciones de 80 ancianos en la comunidad rural de San José, perteneciente a la parroquia Sidcay del cantón Cuenca, evidenciando la falta de programas en marcha desde el Estado para este grupo de pobladores; y nos reta, a su vez, a investigar profundamente este problema y a emprender acciones creativas desde la promoción de la salud y desde la organización comunitaria.

ABSTRACT:

Life conditions of the elderly, with chronic diseases in the rural area, present a number of problems still not solved, such as the access from their homes to the health units; the increased risk of accidents, such as falls, due to the conditions of the environment; the difficulties of the treatment of diseases due to the lack or resources of the

health facilities and the abandonment due to the emigration of their children.

The concrete observation of some cases that reflect the general conditions of eighty elderly people, living in the rural community of San José de Sidcay, a town in the area of the City of Cuenca, Ecuador, is evidence of the lack of government programs for the elderly and challenges us to investigate this problem and take creative actions in health promotion and community organization.

INTRODUCCIÓN:

San José es una comunidad rural perteneciente a la parroquia Sidcay, al noreste del cantón Cuenca, con una superficie de 17 Km². Limita al Norte con la parroquia Octavio Cordero Palacios, al Este con las parroquias de Solano y Llaaco, al Sur con la parroquia Ricaurte y al Oeste con las de Checa y Chiquintad. Se encuentra a una distancia de 15 Km. de la ciudad de Cuenca. Sus pobladores aún son agricultores, otros trabajan como jornaleros en la ciudad, y unos pocos, especialmente mujeres, tejen sombreros de paja toquilla para completar su presupuesto con lo que pueden obtener de la agricultura. La parroquia Sidcay tenía una población proyectada al 2007 de 3879 habitantes, de ellos alrededor del 5% son adultos mayores, es decir 194.¹

Ha tenido una tradición religiosa muy enraizada en sus pobladores y alrededor de ella se dieron las primeras

1 OPS/MSP, Ecuador (2007) Proyecciones de la población 2007 por provincias, cantones y parroquias según grupos programáticos. Ministerio de Salud Pública, Quito.

formas de organización. Posteriormente se constituyó el comité promotoras del barrio de San José, que precisamente fue el que hizo las gestiones correspondientes para instalar el puesto de salud; éste, depende del subcentro de salud de la parroquia Sidcay; comenzó siendo un botiquín, que se instaló como una iniciativa de la comunidad de San José; luego, con la ayuda de fundaciones y el Gobierno Provincial contrató un médico y una auxiliar comunitaria que inició el programa de atención médica de tipo familiar.

Por su ubicación estratégica al tener un radio de influencia sobre las comunidades más pobladas y encontrarse junto a la vía de acceso de otras parroquias, tuvo gran acogida de la población y cubre a las comunidades de Bibín, San Antonio, Jesús del Gran Poder, Caldera y Altos de Machángara, principalmente. Posteriores gestiones de las autoridades de la comunidad lograron que fuera asumido por el Ministerio de Salud Pública.

Cuenta con un solo médico, una enfermera, una odontóloga y una auxiliar comunitaria que fue parte del programa anterior y que aún depende del convenio con el Gobierno Provincial. El personal trabaja de lunes a viernes de 7 a 16 h., con una hora intermedia para el almuerzo. En este puesto de salud que depende del Subcentro de salud de la Parroquia Sidcay se atiende un promedio de 25 personas por día.

Para el médico es muy difícil salir a visita domiciliar y dejar cerrado el puesto de salud, por lo que esta visita está cubierta por estudiantes de Medicina de la Universidad del Azuay y su tutor.

La atención médica es la tradicional y el acceso a la consulta en las horas previstas se da generalmente en forma individual, no integral y en pocos casos tiene continuidad; dispone de pocos medicamentos y no hay un laboratorio básico.

El uso de este servicio por los pacientes ancianos es bajo, con excepción de un pequeño grupo de ellos, generalmente los que viven más cerca del puesto de salud, que asisten con cierta frecuencia para el control.

El paciente anciano de la zona es, en su mayoría, un campesino que dedicó su vida a las tareas de la agricultura; en varios casos también emigraron hacia la costa para trabajar igualmente en la agricultura, y otros, en trabajos informales. Hoy se mantienen unos a través del dinero que pueden enviar sus hijos emigrantes, algunos reciben el bono de desarrollo humano, por lo general tienen algo de terreno alrededor de sus viviendas, que los hijos que viven cerca cuando es el caso, o los vecinos les ayudan a cultivar.

En el Ecuador el 6.05% de los habitantes tiene 65 años y más; esto es, de los 13`805.095 habitantes, 959.451 son adultos mayores y por las tendencias generales, éste es un grupo etario en crecimiento.²

El MSP, reconociendo los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad y del envejecimiento, diciembre de 1991: INDEPENDENCIA, PARTICIPACIÓN, CUIDADOS, AUTORREALIZACIÓN DE LOS PROPIOS

2 Ministerio de Salud Pública, Ecuador (2008) Indicadores básicos de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.

DESEOS Y DIGNIDAD, declara entre sus objetivos específicos en las políticas para el adulto y adulto mayor:

- Fortalecer la cobertura y la calidad de la atención de salud con énfasis en el ámbito local.
- Fomentar la solidaridad intergeneracional con participación de la familia y la comunidad, frente a la situación de los adultos y adultos mayores.
- Desarrollar mecanismos de protección social que apunten a la seguridad a través de la coordinación interinstitucional y extra sectorial.
- Incorporar en el desempeño del personal el enfoque geriátrico-gerontológico, en la atención de salud en todos los niveles.
- Incorporar, implementar y mantener los registros de adultos mayores en el sistema de información del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar y fortalecer procesos de promoción de la salud orientados a estos grupos.
- Promover la cultura del envejecimiento activo y productivo en la población en todos los ámbitos institucionales, sociales y comunitarios.
- Fomentar y desarrollar investigaciones en las áreas de gerontología y geriatría.

El MSP reconoce que la atención integral del adulto y adulto mayor, especialmente de este último grupo, se enmarca en tres pilares: SALUD, SEGURIDAD Y PARTICIPACIÓN.

En salud plantea:

- Prevenir la carga de exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
- Reducir los factores de riesgo relacionados con las

causas de enfermedades importantes y aumentar los factores protectores.

- Desarrollar la continuidad de servicios de salud accesibles, de calidad, para adultos mayores.
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

En Participación:

- Proporcionar oportunidades de educación durante el ciclo vital.
- Promover la participación de los adultos y adultos mayores en el desarrollo económico, trabajo informal, voluntariado, acorde a sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.
- Estimular la participación en la vida familiar y comunitaria con enfoque de género.

En Seguridad:

- Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de los adultos mayores, orientados a la seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen.
- Disminuir las desigualdades en los derechos de seguridad y necesidades de las mujeres mayores.³

Con toda esta declaración, no se ha podido desarrollar un plan concreto de vigilancia, prevención y control de las enfermedades, ni acciones de recuperación y rehabilitación que impliquen una acción efectiva con respecto a los enunciados anteriores. El Ministerio de Inclusión Social mantiene en la ciudad instituciones que son únicamente

3 Ministerio de Salud Pública, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud (2007), Políticas Integrales de Salud para el Adulto-Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública, Quito.

receptoras de ancianos, sin programas médicos ni sociales; el MSP por su parte solo ha implementado el programa de vacunación para los adultos mayores.

El envejecimiento como proceso fisiológico en el cual disminuye la funcionalidad y la respuesta a situaciones nuevas o imprevistas está determinando la vulnerabilidad del anciano ante eventos físicos y emocionales. El anciano ve deteriorada su capacidad de adaptación.

Se ha estimado que los ancianos de 65 a 74 años presentan aproximadamente 4.6 problemas por persona, la mayoría de ellos crónicos. Los mayores de 75 años asocian 5.8 problemas crónicos, y solo el 10% no refiere ningún trastorno médico (Rubenstein 2006)⁴

Por otra parte, presentan un número menor de enfermedades agudas, pero con mayor riesgo de complicaciones y un tiempo de recuperación más largo. (Solórzano et al, 2001)⁵

La marcha es probable que sea una de las principales funciones que se ha alterado en todos ellos. Para una marcha normal se necesita la movilidad de las articulaciones, la fuerza muscular, la propiocepción, la función vestibular y la visión intactas; por lo tanto, uno de los primeros fallos está precisamente en su capacidad de deambulación.

-
- 4 Rubinstein A & Terrasa S (2006) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria, 2ª ed., Panamericana, Buenos Aires, pp.739-788.
 - 5 Solórzano M, Brandt C & Flores O (2001) Estudio Integral del Ser Humano y su Familia, Postgrado de Medicina Familiar, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, Caracas.

Las caídas suelen ser una de las causas más comunes de morbimortalidad y de pérdida de la funcionalidad en los ancianos, de ellas, el 15 al 20% requieren tratamiento médico u hospitalización, el 10% son lesiones graves como traumatismo craneoencefálico, hematomas cutáneos extensos, lesiones de partes blandas o músculo esqueléticas; y, entre el 3 y 5% son causa de fracturas. En las estadísticas del país aparece la fractura de fémur como la octava causa de morbilidad en mujeres mayores de 65 años. No existe un seguimiento de cómo una caída, como antecedente, puede llevar al deterioro de la salud de un anciano y a su muerte. La disminución de su funcionalidad le impide valerse por sí mismo y mina, notablemente, su autoconfianza, lo que determina un mayor tiempo para recuperar el estado anterior a la caída y volver a la deambulación.

Factores que influyen en las caídas del anciano:

- Enfermedades crónicas: Enfermedad de Parkinson, demencias, enfermedad cerebrovascular.
- Alteraciones visuales: Cataratas, retinopatía, glaucoma, etcétera.
- Sistema vestibular: La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con acumulación de calcio en el órgano de Corti; además puede ocurrir por traumatismos, infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina, aminoglucósidos, etcétera.
- Sistema locomotor: Alteraciones osteo-musculares asociadas directa o indirectamente con la edad, así como los problemas de los pies (hallux valgus, callos y otras deformidades) pueden ser una causa

más de trastorno del equilibrio y de la marcha, y con ello acarrear caídas.

- Sistema neurológico: Cambios estructurales en la corteza cerebral, bien de causa vascular o degenerativa, trastornos de la vía piramidal, extrapiramidal o cerebelosos, son causas importantes de inestabilidad de la marcha.
- Enfermedades agudas: Las infecciosas y la exacerbación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, pueden precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores y no es extraña una caída como primera manifestación de una neumonía, por ejemplo, en un anciano.
- Polifarmacia: El 81 % de los ancianos toma medicación y de ellos las dos terceras partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así hasta el 30 % de los mayores de 75 años toma más de 3 fármacos.⁶

Si bien, los factores intrínsecos como limitación de movimiento articular, cataratas, etc. son importantes, los factores extrínsecos son la causa del 77% de las caídas en los ancianos, estos factores en el área rural son difícilmente modificables, por las condiciones de la vivienda, del terreno, las costumbres, la presencia constante y en cualquier sitio de los animales, etc.

La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes son dos patologías cada vez más frecuentes por el estilo de vida

6 González R, Rodríguez M, Ferro M, García J (1999) Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi11199.html [Fecha de consulta: 2009 Mayo 22].

cada vez más sedentario y la alimentación rica en azúcares y grasas polinsaturadas. Figura como la quinta causa de mortalidad en mayores de 65 años, como la cuarta causa de morbilidad en hombres mayores de 65 años, y la tercera de morbilidad en mujeres mayores de 65 años.

Para un buen abordaje clínico de la HTA, se debe evaluar el riesgo cardiovascular global, para lo cual es imprescindible el ECG y la detección de excreción urinaria de albúmina; normalizar los valores de presión arterial individualizando el tratamiento y usando el antihipertensivo más adecuado de acuerdo a la patología concomitante, si es el caso. El adecuado control de la presión arterial en ancianos previene, en términos absolutos, más complicaciones cardiovasculares, que un tratamiento similar en pacientes más jóvenes.⁷

La diabetes aparece como la sexta causa de mortalidad en mayores de 65 años, la octava en hombres mayores de 65 años, y como la cuarta en mujeres mayores de 65.

Respecto del manejo de los riesgos asociados con la diabetes, es importante comprender que, en un período de 10 años, los pacientes con diagnóstico reciente de diabetes presentan un 20% de riesgo de infarto de miocardio o muerte, mientras que el riesgo de ceguera es < 5% y el de insuficiencia renal terminal < 2%. Los datos de un estudio prospectivo de diabetes (UKPDS) demuestran que el control de la hipertensión confiere mayor reducción del riesgo absoluto que el control glucémico intensivo. En el UKPDS, el control glucémico intensivo (reducción de

7 González JR, Mazón P, Soria F, Barrios V, Rodríguez L, Bertomeu V (2003) Actualización de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Sociedad Española de Cardiología 56.

HbA1c media de 7.9% a 7%) no disminuyó el deterioro grave de la visión, el infarto de miocardio, el ictus, la necesidad de amputación de algún miembro y la mortalidad por todas las causas, durante los 10 años del estudio, mientras que el control de la hipertensión (reducción de la presión arterial media de 154/87 a 144/82 mm Hg) disminuyó un 5.1% el riesgo de ictus; un 6.6% la muerte por eventos CV y un 9.2% la incidencia de deterioro sustancial de la visión durante 8.4 años. El control glucémico intensivo en el UKPDS redujo la progresión de retinopatía y la necesidad de fotocoagulación en un 2.4% en 10 años.⁸

Los efectos de la enfermedad a largo plazo como daño circulatorio; neuropatía que provoca debilidad muscular, atrofia, hiposensibilidad, hiporeflexia, retinopatía que va a repercutir en la función visual; son también causas directas, éstas últimas, de caídas.

Además de las ya nombradas: Alzheimer, hipertrofia prostática, tumores malignos son otras de las causas de morbimortalidad en este grupo etario.

La población anciana de San José no se escapa de esta tendencia general hacia las mismas enfermedades crónicas.

8 Cayea D, Boyd C & Durso SC (2007) Esquema Terapéutico Individualizado en Ancianos Diabéticos con Diferente Estado de Salud y Expectativa vida:
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/geriatweb240.htm>
[Fecha de consulta: 2009 Mayo 22].

JUSTIFICACIÓN:

La intención de este documento es llamar la atención al respecto de la situación de uno de los grupos etarios más vulnerables, para el que, si bien existen políticas trazadas, no cuenta con ningún plan efectivo que ayude a mejorar su calidad de vida; más aún , hacer énfasis que esta situación de los adultos mayores, es más penosa en el área rural, en donde se cuentan con menos recursos, mayores dificultades condicionadas por el entorno, menor consciencia de la problemática y gran conformidad frente a la situación.

A la vez, que este llamado sirva para empezar a investigar la realidad de este grupo poblacional en el área rural, para poder exigir el cumplimiento de todas esas políticas de salud; la concreción en programas aplicables; la toma de consciencia de la situación por parte de la comunidad y tal vez, la intervención con modelos propios y creativos, desde la misma sociedad local.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Se trata de un estudio observacional de casos en la parroquia Sidcay, en el área de influencia del puesto de Salud de San José, que es el referente para atención de la salud de los habitantes de esta zona. Aquí viven aproximadamente 1500 personas, de ellas, aproximadamente 80 son ancianos, que viven en condiciones de extrema pobreza. La mayoría de la población son campesinos, que se dedicaron a la agricultura, algunos de ellos trabajan aún incipientemente.

En su mayoría son analfabetos, que de acuerdo con las exigencias del MSP, deben poner su huella digital y muy pocos pueden firmar, por la medicación cuando es posible entregarles gratuitamente.

Don Ignacio es un anciano de 92 años de edad, analfabeto, con diabetes mellitus, que se controla con insulina, que requiere de otra persona para su inyección diaria; es además hipertenso y la medicación oral para su hipertensión la toma en forma irregular; no es posible el control de su glucosa puesto que la persona encargada no siempre dispone de tiempo para inyectarle con regularidad.

A pesar de la heterogeneidad de los problemas de cada anciano, el caso de Don Ignacio se repite en muchos de los ancianos que no pueden por sí mismos administrarse su medicación o la olvidan, o se administran en forma inadecuada.

Doña Alejandrina tiene 76 años, es hipertensa, toma enalapril, se ha ido aumentando su dosificación y no se logra controlar su presión arterial, necesita algo más que una monoterapia, como ella la mayoría de los ancianos hipertensos, en la zona de San José tiene un mal control de su presión arterial y necesita cambiar su esquema de tratamiento.

Doña Florentina es una anciana de 74 años, ella toma antidiabéticos orales, vive sola, cocina para sí misma, toma su medicación; pero no siempre se alimenta porque “hacer la comida sólo para ella no da ganas”, y ha tenido hipoglicemias severas. Es probable que pueda controlarse

mejor con alguna de las meglitinidas; pero el puesto de salud solo dispone de metformina.

Don Luis Aurelio tiene 89 años presenta sintomatología urinaria evidente de obstrucción. Él, como algunos en la zona, está afiliado al seguro campesino. Hace 5 años fue transferido al hospital del IESS, fue diagnosticado de hipertrofia prostática, pero no fue intervenido quirúrgicamente por su edad, no le dieron otra explicación.

Don Fernando, 78 años, no fue operado de cataratas por la misma razón.

Don Julio 88 años de edad tuvo Alzheimer, además era hipertenso, vivió encerrado en un cuarto por lo menos los últimos 4 años, fue poco a poco olvidando cosas, cambiando de humor, su esposa debía salir para cuidar los animales, cuidar los cultivos, cuidar a los nietos, y por lo tanto no podía dejarle salir solo, pues se perdía. Murió por las consecuencias de una caída el 17 de mayo. Su esposa no sabía por qué a veces Don Julio la escuchaba y la entendía y otras no, nadie le explicó qué era exactamente la enfermedad de Alzheimer y cómo se manifestaba, vivió durante mucho tiempo odiando a su esposo porque “hacía muchas cosas sin sentido y sólo por contradecirle”.

Ninguno de ellos está en capacidad económica para resolver sus problemas de salud por sí mismos, como la mayoría de la población de esta zona.

CONCLUSIONES:

No es igual envejecer en la ciudad que en el campo.

El proceso de envejecimiento se da en un contexto, familiar, comunitario, urbano o rural, en un contexto de emociones. El contexto rural es un contexto de pobreza, de recursos materiales escasos, de entornos agrestes que contribuyen a la difícil situación de salud del paciente anciano.

En todos estos casos hay una problemática que viene desde varias fuentes:

-Una sociedad occidental que pauta sus valores desde el tener y no desde el ser, que margina al anciano porque dejó de ser productivo, considera sólo el paso del tiempo, sin historia.

El paso del tiempo, el envejecimiento, son categorías que adquieren significación dentro de un marco social y cultural determinado. En este sentido, en la sociedad moderna estas categorías son condicionadas por la acción de los Estados, el mercado, la sociedad. En las ciencias médicas, todo el desarrollo de la genética, de la biotecnología ha llevado a una expectativa de una vida más larga.⁹

Si desde el otro lado, se deja la preocupación por el número de años, por prolongar la vida; los recursos

9 Gutiérrez E & Ríos P (2006) Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico [en línea], Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=19502502>. [Fecha de Consulta: 2009 Mayo 23].

económicos para las medidas, los programas, las acciones, estarían encaminados a mejorar la calidad de los años de vida, especialmente en los ancianos.

En términos económicos, este grupo poblacional tiene siempre las de perder, puesto que invertir en un grupo en el que la esperanza de vida es muy corta, significa un costo alto. Es por esta razón que los ancianos aún están relegados.

-Un Estado que siendo garante de los derechos de los ancianos, que a través del MSP y teniendo políticas de salud que toman en cuenta gran parte de los problemas del anciano no llega a plasmar en forma efectiva sus acciones en este grupo poblacional. No ha puesto en práctica ningún programa concreto aparte de su programa de vacunación. No ha invertido en los ancianos. No ha proporcionado los recursos necesarios.

-Unidades de salud como la de San José que aún no alcanza a conocer la problemática de salud de su población, cuenta recién con algunos datos demográficos, familiares; no dispone de la información sobre prevalencia de las enfermedades más comunes por grupos de edad; no puede aún planificar sus intervenciones por las carencias anteriores; por lo tanto, tampoco puede exigir los recursos necesarios para sus pacientes; y, porque su personal está ocupado todos los días en dar solución a la demanda diaria y espontánea de pacientes que acuden para atención.

-Unidades de Salud de derivación, como el hospital del IEES, el hospital Vicente Corral, que no dan respuesta a la problemática quirúrgica de la población rural, sea porque no alcanzan a cubrir la demanda, y es precisamente el

paciente campesino el que menos exige, por falta de la noción exacta de lo que necesita debido a su analfabetismo; o porque, el paciente tenía condiciones de salud que contraindicaban su cirugía. En cualquiera de los dos casos el paciente no tuvo la explicación suficiente para entender su situación, nunca tuvo conocimiento de su riesgo o pudo decidir por cuenta propia si lo asumía o no.

-Agentes de salud que no efectivizan el derecho que tiene el paciente o sus familiares a saber exactamente su situación de salud, los riesgos que plantea un tratamiento, el consentimiento informado que implica el derecho de autonomía para decidir; y por otro lado, la información completa adaptada al grado de instrucción del paciente, que implique la comprensión exacta del problema, para decidir bien.¹⁰

-La Comunidad que cada vez vive menos la solidaridad con sus vecinos, que no ha alcanzado un nivel de organización suficiente para responder a las necesidades de sus miembros, que necesita revalorizar los aspectos positivos de su cultura, su historia, reencontrarse con la solidaridad.

-Desde la familia que ha abandonado a sus ancianos por la migración, por la misma influencia de la sociedad al considerarles improductivos y ser vistos como carga.

-Desde el entorno, que es la fuente más compleja de modificar, con sus viviendas inadecuadas, condiciones difíciles de acceso, carencia de servicios básicos.

10 Durand G. (1992) La Bioética Naturaleza, Principios y Opciones. Desclée de Brouwer, Bilbao.

RECOMENDACIONES:

Resolver los grandes problemas económicos y sociales, no; al menos no en este momento ni a corto plazo. Entonces comenzar por las cosas que están a nuestro alcance.

- Comenzar por conocer cómo está constituido este grupo poblacional.

- Es importante conocer el grado de funcionalidad de cada uno de ellos para poder conocer sus necesidades.

- La prevalencia de cada una de las enfermedades crónicas.

- Plantear programas de promoción de salud para los ancianos: “es dar la mejor vida posible a los años que le quedan a cada persona y no prolongar la vida indefinidamente”, en esta perspectiva de promoción, la actividad y el auto cuidado son lo más importante. La promoción implica incentivarles a la actividad acorde a sus posibilidades físicas, a una alimentación sana y suficiente; pero también procurarles espacios de acción social, espacios físicos más aptos para sus condiciones.

- Prevenir caídas es uno de los principios más importantes, pues al evitar una caída se están evitando sus consecuencias, esto es un problema difícil de resolver en el área rural; sin embargo ayudaría la resolución de otros como los de visión por cataratas, enseñar a usar apoyos, procurar alguna reforma simple en sus viviendas como la de disminuir obstáculos.

- Plantear programas de capacitación para personas voluntarias o familiares que puedan satisfacer necesidades de los adultos mayores con actividades a nivel comunitario.

- Incluir a los ancianos de acuerdo a sus capacidades físicas en actividades de grupo.

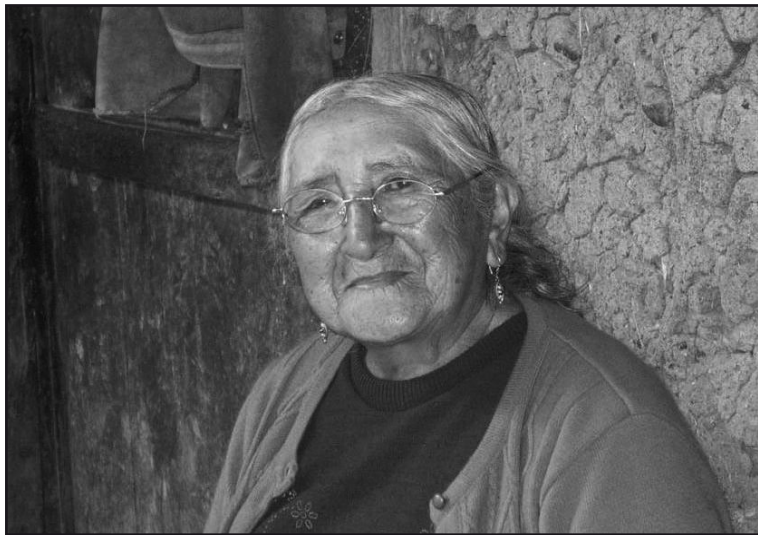
- Resaltar los aspectos positivos de la cultura, que puedan ayudar a los ancianos.

¿Qué puede hacer la comunidad rural para que la vida de los ancianos sea más fácil?

Desde la promoción si se parte de que los principales obstáculos para la buena salud de una comunidad no son ni físicos ni biológicos sino los de comportamiento y expectativas culturales sociales e interpersonales y siendo así son sujetos de ser modificados o sustituidos por otros, es allí en donde se debe trabajar.

La responsabilidad de los profesionales de la salud va mucho más allá de la mera prestación de la atención de salud. Quizás lo más importante sea que posibiliten y estimulen a las comunidades y a los individuos para que se hagan cargo de su propia atención primaria y preventiva. (Jenkins 2005)¹¹

11 Jenkins D (2005) Mejoremos la Salud a Todas las Edades, Un Manual para el cambio de comportamiento. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
DESDE LA PERSPECTIVA DE
LA MEDICINA DE FAMILIA EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL, RESIDENTES EN
LA PARROQUIA SANTA ANA DE
CUENCA, EN EL AÑO 2008**

Maribel Valdivieso Espinosa

Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de
Cuenca

Especialista en Medicina Familiar por la Universidad
del Azuay

RESUMEN

Dentro de las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, y sin ser indiferentes a esta realidad, en la provincia del Azuay está dentro de las cuatro primeras causas de morbilidad. A pesar de ser una enfermedad de fácil detección, y tratamiento con frecuencia se presentan complicaciones cardiovasculares, debido a la baja adherencia al tratamiento tanto farmacológico como en la modificación en los estilos de vida.

Por esto hemos creído necesario, conocer el grado de adherencia al tratamiento antihipertensivo y el apoyo familiar en nuestros pacientes hipertensos y sus familias, para buscar junto a ellas estrategias para mejorar la calidad de vida tanto del hipertenso como de su familia.

Se realizó un estudio prospectivo, tipo descriptivo, cuantitativo, cuyo universo fue de 50 familias de la parroquia Santa Ana, que tuvieran miembros con hipertensión arterial. La edad mínima fue 52 años y la máxima 92 años, siendo el 72% mujeres y el 28% hombres.

El test de Batalla en relación a la colaboración de la familia en la dieta de pacientes hipertensos muestra que 74.2% de familias colaboran y son pacientes adherentes al tratamiento para hipertensión. Siendo así que el apoyo de la familia en la dieta es un factor protector y positivo para la adherencia del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión, adherencia, cumplimiento

ABSTRACT

Among chronic diseases, hypertension is a major cause of morbidity and mortality worldwide, and are not indifferent to this reality, in the province of Azuay is within the four leading causes of morbidity. Despite being an easy disease detection, and treatment often cardiovascular complications due to poor adherence to drug treatment both in the change in lifestyles.

Therefore we believe it necessary to know the degree of adherence to antihypertensive therapy and family support in our hypertensive patients and their families with them to find strategies to improve quality of life of hypertensive and your family. We performed a prospective, descriptive, quantitative, whose universities were 50 families in the Santa Ana parish, having members with hypertension.

The minimum age was 52 years and maximum 92 years, being 72% women and 28% men. The test of battle in relation to the collaboration of the family in the diet of hypertensive patients showed that 72.2% of families and partners are patients adherent to treatment for hypertension. But the support of the family's diet is a protective factor and positive for the adhesion treatment as evidenced by the Odds Ratio 0.253.

KEYWORDS: Hypertension, adherence, compliance.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente, sintomática, fácil de detectar y que con frecuencia tiene complicaciones mortales si no se trata a tiempo. La hipertensión afecta aproximadamente a un billón de personas en todo el mundo, y esto podría aumentar ya que la expectativa de vida es cada vez mayor, es así que individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA. (JNC séptimo informe)

Según el Ministerio de Salud Pública, la hipertensión arterial está entre las 4 primeras causas de morbilidad en el año 2007 con 67.570 casos que corresponde a una tasa de 496,6 por cada 100.000 habitantes. En el Azuay la hipertensión arterial es la tercera causa de morbilidad con 3.676 casos, con una tasa de 541,59 por cada 100.000 habitantes. Comparando estas cifras con las del año 1998 ha aumentado notablemente, pues en ese año se reportaron únicamente 1.125 casos. Además se considera como quinta causa de muerte las enfermedades hipertensivas a nivel nacional. (SIISE 2007)

Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios, en tanto que la adherencia terapéutica aumenta la seguridad de los pacientes, dado que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el autocuidado del paciente, empleo de tecnología médica para el control y cambios en el modo de vida del paciente. Además la familia, la comunidad y las organizaciones de

pacientes son un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia terapéutica (OMS 2004)

En cuanto a estudios a nivel local, sobre adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, no existen, pues se tienen referencias internacionales y estudios realizados por la OMS que establece que solo entre un 50 y 70 % de pacientes se adhieren a la farmacoterapia para la hipertensión. (Ingramo 2005), por lo que es importante su realización, pues al existir una mayor expectativa de vida, las enfermedades crónicas también se manifiestan en mayor frecuencia.

Es de suma importancia implementar en cada paciente hipertenso tanto las modificaciones en el estilo de vida como el cumplimiento en el tratamiento farmacológico, ya que se ha demostrado que las complicaciones se reducen significativamente.

OBJETIVOS

GENERAL: Determinar el grado de adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos en la parroquia Santa Ana, año 2007 – 2008.

ESPECIFICOS:

1. Identificar a los pacientes hipertensos por edad, sexo, y zona de la parroquia Santa Ana.
2. Establecer tipo de fármaco utilizado en el tratamiento antihipertensivo.
3. Determinar el grado de adherencia al tratamiento a través del Test de Batalla.

4. Determinar los estilos de vida saludable del hipertenso y la colaboración de la familia en el tratamiento.

HIPÓTESIS

El manejo integral familiar de la hipertensión arterial mejora la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

MARCO TEÓRICO

La parroquia Santa Ana, está situada al este de la ciudad de Cuenca a 18 Km., de distancia, con una extensión de 46 Km², con una población de 4715 habitantes. Limita al Norte con las parroquias Paccha y Zhidmad, al Sur con Quingeo y San Bartolomé, al Este con El Valle y Paccha y por el Oeste por Zhidmad, San Juan y San Bartolomé.

En cuanto a la composición familiar en la parroquia Santa Ana predominan las familias nucleares formadas entre 4 a 6 personas, aunque en estos últimos años nuevamente aparecen las familias ampliadas y transnacionales tanto por la migración interna como externa, por otro lado las familias ancianas, o en etapa de disolución generalmente viven solas, sin recibir el cuidado o apoyo de sus parientes, provocando sentimientos de abandono, tristeza, poca utilidad y sobre todo de carga social.

Ciclo vital de la familia

El ciclo vital familiar que inicia en la formación de pareja y termina con la disolución de la misma ya sea por

muerte de uno de los cónyuges o por abandono, es de gran importancia. Tanto en las familias en nido vacío como en las familias ancianas, las relaciones con los diferentes holones son básicos para asumir estas etapas en donde puede haber crisis que aunque son esperadas, debemos estar preparados para ellas, buscando que las relaciones sean estrechas y cálidas con la familia extendida. El sentir el cumplimiento de metas y de misión cumplida, hace que esta etapa sea grata, y con nuevos roles como el ser abuelos, en donde los nietos disfrutarán de la compañía de sus abuelos, y a su vez ellos sentirán que su vida se prolonga en las futuras generaciones. De esta manera podremos lograr disminuir el sentimiento de soledad o de disfuncionalidad física o mental, propias del envejecimiento. (Armas & Díaz 2007).

Las enfermedades crónicas en general, provocan en la vida del paciente y de su familia una crisis, desde la negación hasta el rechazo, pasando por sentimientos de culpabilidad, ansiedad, resentimiento, enojo, para luego ir hacia la solución de la crisis mediante la aceptación y adaptación al padecimiento crónico. (Sauceda & Maldonado 2003).

La medicina familiar al tener los principios de continuidad, integralidad, accesibilidad, nos permite el acercamiento a las familias, sobre todo en aquellas que tienen enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, dándonos la oportunidad de hacer el acompañamiento y seguimiento de estas familias, y desarrollar junto a ellas estrategias para enfrentar tanto a la enfermedad como a sus complicaciones o secuelas, buscando la modificación en los estilos de vida, sin que esto signifique sufrimiento o

dominación de la enfermedad en la vida del paciente y de la familia.(Slaikeun 2000)

En el Ecuador las 3 primeras causas de muerte son las cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes. La hipertensión constituye la 6ta causa de mortalidad. En el Azuay en el año 2007 fueron reportados 3.676 casos de hipertensión arterial y a nivel nacional 67.570 casos con una tasa de 496,64 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2007.)

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Si logramos que la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica sean inferiores a 140/90 mm. Hg lograremos disminuir las complicaciones cardiovasculares. En hipertensos diabéticos o con enfermedad renal el objetivo de la presión arterial es de <130/80 mm. Hg (Zurro et al. 2003).

El manejo y tratamiento de la hipertensión arterial se basa en dos condiciones fundamentales: el tratamiento no farmacológico y el farmacológico para sobre todo evitar las complicaciones a largo plazo y lograr un control óptimo de la presión arterial. El tratamiento no farmacológico basado en la modificación del estilo de vida del paciente relacionado sobre todo con una actividad física regular, alimentación adecuada, y evitar el sobrepeso, constituye uno de los pilares fundamentales en la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Además el objetivo básico del tratamiento farmacológico es reducir al máximo las complicaciones derivadas de la hipertensión arterial como el accidente cerebro vascular, infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardiaca entre otras. (Mancia et al 2007)

La hipertensión arterial al ser una enfermedad crónica requiere tratamiento de larga duración con adherencia al mismo y autocuidado responsable. Se ha descrito en las enfermedades crónicas que, luego de seis meses de haber comenzado un tratamiento, entre el 30% y el 80% de los pacientes dejaba de tomar la medicación; siendo mucho más baja la adherencia a las prescripciones de cambio en el estilo de vida o cambios de conductas. (Facchini 2004).

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas. OMS (2004). La definición de Haynes y Sackett nos dice que adherencia al tratamiento es la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida que coinciden con las indicaciones dadas por su médico, siendo por tanto el incumplimiento el grado en que no se realizan estas indicaciones.(Sánchez 2005)

Es así que en la adherencia terapéutica intervienen cinco dimensiones las mismas que incluyen a los factores relacionados con el paciente, factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad, y con el sistema o equipo de asistencia sanitaria. (OMS 2004).

El bajo nivel socioeconómico, al analfabetismo y el desempleo son factores de riesgo importantes en la poca adherencia al tratamiento antihipertensivo. Otros factores relacionados con la poca adherencia al tratamiento son la deficiente comprensión y la aceptación de la enfermedad,

los costos, la toma de decisiones en relación con la enfermedad, la tolerabilidad al tratamiento, entre otros.

Formas de medición de adherencia al tratamiento

Los métodos de medición del cumplimiento terapéutico pueden ser directos e indirectos, los métodos directos cuantifican el fármaco o sus metabolitos en alguno de los fluidos orgánicos, y son fiables, objetivos, claros, sofisticados, caros, limitados a ciertos fármacos, útiles para ensayos clínicos. Los métodos indirectos son los más utilizados por ser sencillos, baratos y reflejan la conducta del enfermo, aunque pueden sobreestimar el cumplimiento, y ser menos objetivos y fiables, pero muy útiles en atención primaria de salud basándose en la entrevista clínica, tests, y recuento de comprimidos.(Márquez et al. 2007)

Existe una variedad de tests de valoración indirecta del cumplimiento terapéutico, que aunque tienen sus limitaciones son más útiles en atención primaria de salud. Uno de los más utilizados es el test de Morisky _ Green que valora el cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial, el mismo que consiste en 4 preguntas de contraste con respuestas dicotómicas sí/no, que deben ser mezcladas en la conversación y que reflejan la conducta del enfermo respecto al cumplimiento del tratamiento. Se considera como cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas. El test de Batalla valora el grado de conocimiento de la enfermedad que tiene el paciente, se considera incumplidor si el paciente falla alguna de las preguntas (García et al. 2000)

DISEÑO METOLÓGICO:

Tipo de estudio: Es un estudio prospectivo, descriptivo, con enfoque cuantitativo.

Universo y muestra: El universo serán todas las familias que tengan HTA de la parroquia de Santa Ana.

Criterios de inclusión: Familias que tengan pacientes hipertensos y residan en la parroquia Santa Ana.

Criterios de exclusión: Familias que no posean pacientes con hipertensión.

RESULTADOS

Edad:

De los 50 pacientes hipertensos la edad mínima fue 52 años y la máxima 92 años, con un promedio de 75 años, una moda de 77,6 años y una mediana de 75,7 años, como consta en el cuadro #1, en el anexo estadístico.

Sexo:

Se integró al estudio a 50 personas con hipertensión arterial, siendo mayor en mujeres con el 72%, y el 28% hombres.

Nivel de instrucción:

De los 50 encuestados, existen 5 personas que han terminado la primaria, que corresponde a un 10 %, 26

personas con primaria incompleta, que corresponde a un 52%, y analfabetos 19 personas, que corresponde a un 38%.

Estado Civil: De los 50 encuestados, la mayoría son viudos/as con un 54%, en tanto que casados/as corresponden a un 46%.

En relación a las familias que colaboran con la dieta de los pacientes con hipertensión arterial con el consumo de alimentos saludables se observa que el 58% de familias lo hacen, el 38% no apoyan al paciente con la dieta ni el consumo de alimentos saludables. Los datos indican que existe alto riesgo al no ingerir alimentos saludables y que la familia no colabore en la dieta del paciente hipertenso. Odds Ratio 54,375

La familia colabora con la dieta en pacientes con hipertensión arterial en un 62%, apenas un 38% dice no colaborar.

El test de Batalla en relación a la colaboración de la familia en la dieta de pacientes hipertensos muestra que 74.2% de familias colaboran y son pacientes adherentes al tratamiento para hipertensión. Siendo así que el apoyo de la familia en la dieta es un factor protector y positivo para la adherencia del tratamiento, así lo demuestra el Odds Ratio 0,253.

CUADRO N° 1

Distribución de pacientes con hipertensión arterial según si la familia colabora en la dieta y el Test de Batalla en la parroquia Santa Ana, de Cuenca, 2008.

TEST DE BATALLA						
FAMILIA COLABORA EN DIETA	ADHERENTE		NO ADHERENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
	NO	8	25.8	11	57.9	19
Sí	23	74.2	8	42.1	31	62
TOTAL	31	100	19	100	50	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Dra. Maribel Valdivieso

Referente a la relación del Test de Batalla y recursos económicos se observa que el 54.8 % de familias siempre tienen los recursos económicos y los pacientes hipertensos son adherentes al tratamiento, el 42.1 % de familias no poseen los recursos necesarios y son pacientes que no son adherentes al tratamiento. Se observa que estos factores están relacionados, los resultados no se deben al azar. Chi cuadrado 19.1522 con grados de libertad de 2.

CUADRO N° 2

Distribución de pacientes con hipertensión arterial según si la familia colabora en la dieta y consumo de alimentos saludables en la parroquia Santa Ana, de Cuenca, 2008.

TEST DE BATALLA						
RECURSOS ECONÓMICOS	ADHERENTE		NO ADHERENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
	A VECES	14	45.2	9	47.4	23
NUNCA	0	0	8	42.1	8	16
SIEMPRE	17	54.8	2	10.5	19	38
TOTAL	31	100	19	100	50	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Dra. Maribel Valdivieso

En relación al tiempo de diagnóstico y el Test de Batalla, se observa que el 22.6% tiene 2 años de tratamiento y es adherente, y el 15.8% no es de adherente y lleva tomando 3 años y 7 años respectivamente. Las diferencias observadas en este cuadro son debidas al azar. Chi cuadrado de 16.4293 con grados de libertad de 10

Las personas que con menor frecuencia realizan actividad física son las mujeres con el 63%, y los hombres con un porcentaje de 57.1% de todos, de una manera global se puede observar que apenas el 36% de personas realizan siempre actividad física. Las diferencias existentes se deben al simple azar. Chi cuadrado de 0.71668 con grados de libertad 2.

De los pacientes que tienen adherencia al tratamiento el 48% toma IECAs y 19.4% calcio antagonistas, diuréticos cada uno, los pacientes que no son adherentes el 52.6% toman IECAs, el 21.1 medicamentos combinados. La diferencia de los resultados se debe al azar. Odds Ratio 7,5552 con grados de libertad de 4.

El 64.5% son mujeres que son adherentes al tratamiento, el 35.5 % son hombres adherentes al tratamiento para hipertensión arterial. El sexo es un factor protector que hace que se cumpla el tratamiento de hipertensión arterial, así lo demuestra el Odds Ratio 0,3409.

CUADRO N° 3

Distribución de pacientes con hipertensión arterial según el Test de Batalla y sexo en la parroquia Santa Ana, de Cuenca, 2008.

TEST DE BATALLA						
SEXO	ADHERENTE		NO ADHERENTE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
FEMENINO	20	64.5	16	84.2	36	72
MASCULINO	11	35.5	3	15.8	14	28
TOTAL	31	100	19	100	50	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por: Dra. Maribel Valdivieso

En relación al test de Batalla e instrucción se demuestra que las personas con nivel instruccional de

primaria completa son más adherentes al tratamiento, 61.3%, que las analfabetas, estas últimas tienen 22.6 % de no adherencia. El factor de nivel de instrucción influye estadísticamente en el test de Batalla y las diferencias no se deben al azar, así lo demuestra el chi cuadrado 9,5228 con grados de libertad de 2.

DISCUSIÓN

El manejo integral de la hipertensión arterial, requiere tanto medidas no farmacológicas como farmacológicas, por lo que su adecuado control depende del apego que se logre a las acciones prescritas. En el estudio de apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial de Florentina Marín & Martha Rodríguez se menciona que el apoyo familiar se vincula de forma directa con la adherencia al tratamiento antihipertensivo, aunque no hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a tipo de tratamiento, ni sobre los conocimientos que los pacientes tenían sobre su enfermedad por lo que se puede asumir que el apoyo familiar fue el factor más relevante en el apego.

La supresión en la dieta habitual de algunos alimentos y condimentos, la práctica de ejercicio cotidiano y la ingesta diaria de medicamentos que requiere el manejo integral de la HAS son objetivos difíciles de lograr sin una actitud convencida de los enfermos y sus familiares ya que implican modificaciones del estilo de vida que no pueden lograrse sin la participación conjunta de la familia.

Otros trabajos sobre el cumplimiento terapéutico, nos dan una adherencia al tratamiento de un 38%, con el test

de Batalla el 41,4 %, y se han encontrado diferencias significativas del cumplimiento terapéutico respecto a las variables test de Batalla X² p < 0,0001; OR=1364,6667, y edad > 65 años X² p=0,004; OR=2,1834.

En nuestro estudio el test de Batalla en relación a la colaboración de la familia en la dieta de pacientes hipertensos se observa que 74.2% de familias colaboran y son pacientes adherentes al tratamiento para hipertensión. Siendo así que el apoyo de la familia en la dieta es un factor protector y positivo para la adherencia del tratamiento, así lo demuestra el Odds Ratio 0,253.

En relación a las familias que colaboran con la dieta de los pacientes con hipertensión arterial con el consumo de alimentos saludables se observa que el 58% de familias lo hacen, el 38% no apoya al paciente con la dieta ni el consumo de alimentos saludables. Los datos indican que existe alto riesgo al no ingerir alimentos saludables y que la familia no colabore en la dieta del paciente hipertenso con un Odds Ratio 54,375.

Referente a la relación del test de Batalla y recursos económicos se observa que el 51.51% de familias siempre tienen los recursos económicos y los pacientes hipertensos son adherentes al tratamiento, el 24.24% de familias no poseen los recursos necesarios y son pacientes que no son adherentes al tratamiento. Se observa que estos factores están relacionados, los resultados no se deben al azar. Chi cuadrado 19.1522 con grados de libertad de 2.

En cuanto al estado civil se puede observar que las personas casadas son más adherentes al tratamiento 48.48%, en tanto que el 36.36% son viudas y no adherentes

al tratamiento. El factor estado civil viudo representa un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento, así lo demuestra el Odds Ratio 1,8286.

Se observa que el 63.9% de mujeres que participaron en la investigación sí consumen cigarrillo, el 71.4%% de hombres sí lo hacen. En una forma global el 66% de participantes no consumen cigarrillo. El factor consumo de cigarrillo representa un alto riesgo, así lo demuestra el producto cruzado de Odds Ratio 1,413

Se observa que 60.60% son mujeres que son adherentes al tratamiento, el 33.33% son hombres adherentes al tratamiento para hipertensión arterial. El sexo es un factor protector que hace que se cumpla el tratamiento de hipertensión arterial, así lo demuestra el Odds Ratio 0,3409.

En relación al test de Batalla e instrucción se demuestra que las personas con nivel de instrucción de primaria completa son más adherentes al tratamiento, 57.57%, que las analfabetas, estas últimas tienen 36.36% de no adherencia. El factor de nivel de instrucción influye estadísticamente en el test de Batalla y las diferencias no se deben al azar, así lo demuestra el chi cuadrado 9,5228 con grados de libertad de 2.

CONCLUSIONES

El apoyo familiar es fundamental en la adhesión al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, es así que en nuestro estudio la mayoría de pacientes cuentan con sus familiares para mejorar su toma diaria del

medicamento y en las medidas para modificar los estilos de vida, evidenciándose en el nivel de consumo de alimentos saludables en un 66%, más en mujeres que en hombres, y el nivel de actividad física, siendo el 36 % de pacientes que siempre realizan algún tipo de actividad física como caminar, ir a ver a sus animales, trabajar en la tierra, entre otras.

El grado de adherencia al tratamiento, según el test de Batalla, es bajo, pues solo un 54% de pacientes son adherentes, y tomando en cuenta que la mayoría de pacientes tienen más de 1 año de diagnóstico y tratamiento antihipertensivo.

Dentro de las principales causas para la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo están: ser del sexo masculino, la soledad como consecuencia de la viudez, el analfabetismo, la falta de recursos económicos para adquirir siempre la medicación, y la falta de apoyo y colaboración del entorno familiar del paciente hipertenso.

RECOMENDACIONES

Se debe individualizar el tratamiento, adaptando en mayor grado posible a sus prácticas y actividades diarias, de igual forma a su cultura y entorno familiar, ya que solo el paciente no es el único factor para una baja adherencia.

El fortalecimiento de la relación médico paciente debe ser pilar fundamental tanto en el tratamiento como en el acompañamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente de la hipertensión arterial, siguiendo los principios básicos de la medicina de familia

que son la integralidad, la continuidad, valoración holística y guías anticipadas familiares.

Al momento de prescribir el tratamiento antihipertensivo se debe tomar en cuenta tanto el beneficio como el costo y los efectos secundarios que deben ser debidamente informados tanto al paciente como a sus familiares.

En casos de personas que viven solas, se debería formar una red de apoyo, rescatando la solidaridad de los vecinos y de la comunidad en general, involucrándolos no solo en el tratamiento del paciente hipertenso, sino también en las medidas de promoción de los estilos de vida saludables tanto para personas adultas jóvenes como para los adultos mayores, e hipertensos, de esta manera estamos promoviendo el autocuidado de la salud y la responsabilidad de cada uno con el proceso salud enfermedad.

Un adecuado soporte social tiene un impacto positivo en la salud, incluyendo un mejor cumplimiento terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Adherencia a los tratamientos a largo plazo, OMS 2004, [En línea] Disponible:

<http://www.scribd.com/doc/6912000/ADHERENCIA-al-tratamiento> [fecha de consulta 2008 noviembre 15]

Armas N & Díaz L (2007) Entre voces y silencios: Las Familias por Dentro. Ediciones América, Quito.

Arrivillaga M, et al (2007) Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de de los niveles de presión arterial, [En línea] Disponible:

http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/R9_Pag_33-49

Cardona J, et al (2008) Factores de riesgo en empleados del área de Salud de Manizales asociados con el desarrollo de hipertensión arterial sistémica [En línea], Disponible:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=53587&id_seccion=1978&id_ejemplar=5422&id_revista=121 [Fecha de consulta 2008 diciembre 16]

Facchini M (2004) Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico paciente [En línea] Disponible:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802004000600013&script=sci_arttext [fecha de consulta 2008 noviembre 15]

García P, et al (2000) Como diagnosticar el cumplimiento del tratamiento en atención primaria, [En línea] Disponible:

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/numero%201/013-19.pdf> [fecha de consulta 2008 noviembre 28]

Guerreo L, et al (2004) Programa de intervención mixta sobre cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos, [En línea] Disponible:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyecto_4.pdf [fecha de consulta 2008 noviembre 26]

Guia practica clinica sobre hta. Nov 2002, servicio vasco pag 10 [En línea] disponible:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_practica_clinica_sobre_hta_vasca.pdf [Fecha de consulta 2008 julio 23]

Ingramo R, et al (2005) Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT) [En línea] Disponible:

<http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.pdf> [Fecha de consulta 2008 octubre 02]

JNC séptimo informe (2003) [En línea]] Disponible:

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/JNC-7tcsp.html> [fecha de consulta 2007 febrero 25]

Mancia G, et al (2007) Guía Europea de practica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial [En línea] Disponible:

http://www.intamed.net/UserFiles/archivos/Guia_hta07.pdf [Fecha de consulta 2007 octubre 07]

Márquez E. et al (2007) Cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial, [En línea], Disponible:

<http://www.seh-lilha.org/cumplimien/boletin3.pdf> [Fecha de consulta 2008 octubre 29]

Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria, 2008, [En línea] Disponible:

<http://www.ssmn.cl/APS%20web/manualsaludfamiliar2008.pdf> [fecha de consulta 2008 diciembre 03]

Martín L, et al (2007), Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente, [En línea] Disponible:

http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm [fecha de consulta 2008 octubre 19].

Marín F & Rodríguez M (2001) Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial, [En línea] Disponible:

Paredo P, et al (2005) Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial, [En línea] Disponible:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im052e.pdf> [Fecha de consulta 2008 noviembre 04]

Pérez M, et al (2006) Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. [En línea], Disponible: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_hta_cubana_version_final_2007revisada_impresa.pdf. (Fecha de consulta 2008 septiembre 22)

Proceso de Control y mejoramiento de la salud pública, Ministerio de salud pública del Ecuador, 10 principales causas de morbilidad, 2007 [En línea] Disponible:

<http://www.msp.gov.ec> [fecha de consulta 2008 diciembre 11]

Ramos F, et al (2001) Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial [En línea], Disponible:

http://www.sac.org.ar/Sociedades/cc_latam_hta.pdf [Fecha de consulta 2008 septiembre 22]

Rivas J, et al (2007) Tratamiento y costos farmacológicos de la hipertensión arterial no complicada, [En línea] Disponible:

http://www.medicinainterna.com.pe/revista/revista_20_4_2007/3.pdf (Fecha de consulta 2008 septiembre 27)

Sauceda J & Maldonado J (2003) La familia: dinámica y tratamiento. IMSS, Washington D.C.

Slaikeu K (2000) Intervención en crisis, 2da ed., Manual Moderno. Bogotá.

Sánchez N (2006) Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica, Revista de Cardiología, vol. 14, numero 3, 98 – 101.

Sánchez O (2005) Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas [En línea] Disponible: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf [fecha de consulta 2008 noviembre 15]

Tellez A, (2004) Prevención y adherencia: dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas, [En línea] Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872004001200001&script=sci_arttex&tlng=es [fecha de consulta 2008 octubre 19]

Zurro M, et al (2003) Atención Primaria Conceptos, Organización y Práctica Clínica, 5ta edición, Elsevir, Madrid, p765 – 768

**“DETERMINACIÓN DE LOS
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD
DE LOS ADOLESCENTES DEL
CICLO BÁSICO DEL COLEGIO
GUILLERMO MENSI
DESDE LA MIRADA DE LA MEDICINA
FAMILIAR”**

Diana López Sigüenza

Doctora en Medicina por la Universidad de Cuenca
Especialista en Medicina Familiar por la Universidad
del Azuay

Profesora de la Universidad del Azuay

RESUMEN

La adolescencia es considerada el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, matizada por múltiples e intensos cambios no solo físicos, sino psicológicos, sociales y espirituales. Es una etapa decisiva en la maduración del joven, aquí conseguimos la capacidad de reproducirnos, el cuerpo toma vital importancia, aparece la necesidad de independencia, de tomar decisiones propias. Se construyen nuevos estilos de vida y se desarrollan nuestros proyectos de pareja, de familia, de vocación y profesión. A pesar de ello suelen quedar “en terreno de nadie”; no se sienten cómodos con ninguna especialidad médica; y rehúyen de la atención en servicios pediátricos o de adultos por tener que compartir lugares en común con niños o gente mayor. Es por ello que los médicos de familia, cuya labor se centra en dar atención primaria de salud y cuyo eje central es el enfoque integral de la persona, dentro de una familia, comunidad y el contexto social en el que se desarrolla, hemos observado que parte fundamental de esta familia y sociedad la constituyen los adolescentes por lo cual deben ser atendidos.

El **Objetivo** de este proyecto es trabajar con los adolescentes que acuden al ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi de la Parroquia el Valle para determinar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas frente a la sexualidad, para conocer edad de inicio de vida sexual activa, conocimiento de los métodos anticonceptivos, cómo prevenir un embarazo, técnicas de autoexploración, que opinan de la masturbación, etc.

Se trata de un estudio descriptivo en el que se trabajará con todos los estudiantes que acuden a octavo, noveno y décimo de básica de este colegio, pues ellos constituyen el universo de estudio y son la población en riesgo, las características del grupo de estudio son las siguientes: 598 adolescentes de los cuales el 80,1% es del sexo masculino y 19,9% del sexo femenino, cuyas edades están entre los 11 y 17 años. La edad promedio de los hombres fue 13,6 años y de las mujeres 14 años.

Metodología: se aplicó una encuesta previamente validada en otro colegio con las mismas características. Este instrumento nos sirvió para conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los adolescentes, y determinar una línea de base de los mismos, pues en nuestro medio no tenemos datos a partir de los cuales realizar intervenciones futuras.

Las variables a medir se relacionan con los siguientes ámbitos: grado de conocimiento sobre sexualidad, edad de inicio de vida sexual activa, prevalencia de masturbación, prevalencia de uso de anticonceptivos.

Conclusiones: luego del análisis de los datos podemos demostrar que la edad de inicio de las relaciones sexuales de estos adolescentes está entre los 12 y 14 años, con una edad promedio para los hombres de 13,6 años y para las mujeres de 14 años, la persona con la que tuvieron su primera relación sexual fue la amiga/o, novio/a.

La motivación para la primera relación sexual es la curiosidad, el amor, la excitación sexual, la mujer la inicia motivada por el amor, mientras que en los hombres prima la curiosidad, seguida del amor y la excitación

sexual, observándose que el 61,3% de los adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos presentando mayor riesgo las mujeres pues el 91,7% de ellas no utiliza ninguna protección. El método anticonceptivo más empleado por los hombres es el preservativo y de una mujer que sí se protegió prefirió utilizar píldoras. En cuanto a prácticas de masturbación el 90,6% no se masturban y del 9,4% que sí lo hacen la gran mayoría son del sexo masculino. La edad promedio en la que ejecutan estas prácticas sexuales es entre los 13 y 16 años, la mayoría de los encuestados piensan que la masturbación es mala, pecado, siendo más evidente este dato en las mujeres.

Referente a los conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual y sexo seguro presentan serias deficiencias que deberían ser mejoradas con la intervención conjunta de profesores padres y equipo de salud.

PALABRAS CLAVES

Medicina de Familia

Adolescencia

Actitudes, prácticas

SUMMARY

The adolescence is considered the period of transition between the childhood and the stage adult, characterized by multiple and intense changes not only physical, but psychological, social and spiritual, is a decisive stage in the maturation of the young, here achieve the capacity to reproduce, the body takes vital importance. Appears the need of independence, to take proper decisions, builds

new styles of life and develops our projects of couple, of family, of vocation and profession, in spite of this remain "in terrain of anybody"; they do not feel comfortable with any medical specialty; And they avoid of the attention in services peditrics or of adults to have to share places in common with boys or main people, is thus that the doctors of family your labor center in giving primary attention of health central axis is the integral approach of the person, inside a family, Community and the social context in which develop , have observed that splits fundamental of this family and society constitute it the teenagers by the which have to be attended. Place here a few results 2 or three the most important.

The Aim of this project is to work with the teenagers that to go the basic cycle of the School Guillermo Mensi of the Baroque the Valley to determine the degree of knowledge's attitudes and practical front to the sexuality, to know age of start of active sexual life, knowledge of the methods contraceptives, As they avoid a pregnancy, technical of auto exploration, that think of the masturbation. Etc. Treat of a study descriptive in which will work with all the students that acumen to eighth ninth and tenth of basic of this school, then They constitute the universe of study and are the population in risk, the characteristics of the group of study are the following: 598 teenagers of which 80,1% are of the masculine sex and 19,9% of the feminine sex, your ages are between the 11 and 17 years, the age average of the men was 13,6 years and of the women 14 years.

Methodology: it applied a previously validated survey in another school with the same characteristics, this instrument served us to know which are the knowledge's attitudes and practical that have the teenagers, and determine a line of base of the same, then in ours Means do not have data

from which realize future interventions. "The variables to measure relate with the following fields: degree of knowledge on sexuality, age of start of active sexual life, prevalence of masturbation, prevalence of use of contraceptives The data will be processed with statistical descriptive, and the results will present in pictures with his respective analysis. Conclusions: afterwards of the analysis of the data can show that the age of start of the sexual relations of these teenagers this between the 12 and 14 years, with an age average for the men of 13, 6 year And for the women of 14 years, the person with which had his first sexual relation was the friend/or, bridegroom/to The motivation for the first sexual relation is the curiosity, the love, the sexual excitation, the woman initiates it motivated by the love, whereas in the men prevails the curiosity, followed of the love and the sexual excitation, Observing that the (61,3) of the teenagers do not use methods contraceptives presenting main risk the women then 91,7% of them does not use any protection, the method contraceptives more employed by the men is the condom and of the one woman that if it protected preferred to use pills. Regarding practice of masturbation 90,6% no to masturbate and of 9,4% than if they do it, the big majority are of the masculine sex, the age average in which execute these sexual practices is between the 13 and 16 years, most of the polled think that the masturbation is bad, sin, being more evident this data in the women. Concerning the knowledge's on illnesses of sexual transmission and sure sex present serious deficiencias that would have to be improved with the conjoint intervention of teachers, parents and team of health.

KEY WORDS:

Medicine of Family, Adolescent.

**“DETERMINACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD
DE LOS ADOLESCENTES DEL CICLO BÁSICO
DEL COLEGIO GUILLERMO MENSI.
DESDE LA MIRADA DE LA MEDICINA FAMILIAR”**

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la adultez caracterizada por una serie de cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales profundos.

Se la define cronológicamente dentro de la etapa del ciclo vital humano como el periodo que va desde los 10 a los 19 años, y en el contexto del ciclo vital familiar, se hallan en la etapa de extensión, esta etapa se acompaña de un proceso de cambios progresivos que permiten finalmente al niño o a la niña alcanzar su identidad.

Esta etapa del desarrollo individual está sujeta a muchas influencias como la familiar y social que van modificando sus necesidades, conocimientos, actitudes y prácticas tanto personales, familiares, sociales como sexuales, y a medida que los adolescentes se convierten en adultos, toman en consideración las relaciones sexuales, el matrimonio y la paternidad como señales de madurez, buscan información y claves relativas a la vida sexual de diferentes fuentes: como padres, compañeros, profesores, etc.

El adolescente en el entorno familiar forma parte del subsistema fraterno, cumple su rol, y está sujeto a las normas, reglas y límites familiares, además gracias a

sus redes de apoyo puede demostrar su capacidad de resiliencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo, actualmente los adolescentes adquieren la maduración física antes y la psicológica más tarde. La edad promedio de la menarquia se ha adelantado desde 14,8 años en 1890 a 12,6 años en 1990, además, el intervalo entre la menarquia y la edad promedio de matrimonio ha aumentado desde 7,2 años en 1890 a 11,8 años en 1990, esto determina un largo período de tiempo en el que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva pero sin lograr una independencia afectiva y económica de su familia de origen. (Zubarew)

Durante este período los adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable. (Zubarew)

Lo anterior explica el aumento observado a nivel nacional e internacional de la conducta sexual precoz y desprotegida en adolescentes y sus consecuencias como el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.

Conducta sexual de la población adolescente

La edad a la cual la mujer inicia las relaciones sexuales (dentro o fuera de la unión marital) usualmente marca el comienzo del período de exposición al riesgo de procreación (embarazo). Para 1995, en América Latina, entre el 18% y el 30% de las mujeres de 15-19 años había tenido relaciones sexuales. Sin embargo, la comparación entre cohortes de edad de la proporción de mujeres que han iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, indica patrones diferenciales entre países. En unos, como Bolivia y Perú, dicha proporción ha disminuido; en otros, como Brasil, ha permanecido constante, y en otros, como Colombia, ha aumentado significativamente pues tanto en la zona urbana como rural, se han dado cambios hacia un inicio más pronto de las relaciones sexuales: el 33% de las mujeres de 40-44 años había iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, mientras que tal proporción aumentó a 41% entre las mujeres de 20-24 años (Flórez & Núñez 2002).

El inicio de la actividad sexual en los jóvenes chilenos es a los 12 años para los hombres y 14 años para las mujeres. Los estudios han demostrado que existe una tendencia a iniciar cada vez más temprano la actividad sexual. Estudios efectuados en Chile entre los años 1992 y 1995, mostraron que más de un tercio de los jóvenes inicia su actividad sexual antes del matrimonio y que la edad de inicio de la actividad sexual, entendida ésta como la primera relación sexual, era en promedio, entre los 14,4 y 16 años en los hombres y entre los 14,8 y 17,9 años en las mujeres. Trabajos más recientes indican un inicio más precoz de la actividad sexual, siendo de 12 años para los hombres y 12,8 años para las mujeres (Vigil *et al* 2005a).

La información existente en los adolescentes de enseñanza media acerca del uso de métodos anticonceptivos muestra que 90% de los jóvenes conoce los diferentes métodos existentes para prevención de embarazo. Sin embargo, su uso a esta edad es entre 27 y 45%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. Además, existe información de que durante 1999, 20,8% del total de nacidos vivos era de madres menores de 20 años. Anualmente, en Chile, más de 50 mil adolescentes se convierten en madres. Estos datos no consideran los abortos ilegales, ni los embarazos que se inician a los 19 y terminan a los 20 años (Vigil *et al* 2005b)

Conducta sexual de la población adolescente en el Ecuador

El Ecuador registra la segunda tasa de embarazos en adolescentes en América Latina. La edad promedio en la que los adolescentes inician su vida sexual es de 16.6 años. Los abortos en menores de 15 años llegan al 17.15%. El SIDA está presente entre los 15 y 50 años de edad y un 13.2% se encuentra entre los 15 y 24 años. Los infectados aumentan cada año; además, el 57% de adolescentes tiene nociones erradas sobre el SIDA. (Departamento de estadística Hospital Regional 2007)

Los indicadores en el medio local son para reflexionar: de un estudio realizado los últimos cuatro meses del año 2007 en el hospital “Vicente Corral Moscoso”, del 100% de embarazos el 28% correspondió a adolescentes. La edad media de iniciación sexual es de 15 años, y en hombres está por debajo de esta; en las mujeres el inicio se da antes de los 20 años. La primera relación sexual, por lo general es sin protección.

Entre los factores investigados se encontró que la migración, que en el Austro del país siempre ha sido notoria, está asociada al comportamiento señalado; este factor ha conllevado a un cambio de roles en los y las adolescentes quienes, ante la falta de sus padres, se han hecho cargo de sus hermanos, cambiando también su estilo de vida. (Departamento de estadística Hospital Regional 2007)

JUSTIFICACIÓN

Considero que una parte fundamental de la familia y la sociedad está constituida por los/las adolescentes, mismos/as que han sido relegados en los programas de salud pública, constituyéndose en un grupo de riesgo.

La adolescencia sigue siendo una etapa de la vida que presenta un sinnúmero de interrogantes que varían de un sector geográfico a otro, de un estrato a otro, de hombre a mujer, por lo que, las investigaciones e intervenciones que tiendan a dar nuevos conocimientos y alternativas para mejorar la calidad de vida, siempre serán justificables, más aún si lo que se pretende es una ubicación adecuada de esta población en los contextos sociales, además de limitar los riesgos a los que se halla expuesta.

Por ello, la inclinación por trabajar con ellos/ellas en un tema tan controversial y difícil, en el afán de resolver sus dudas, falta de conocimientos sobre el tema, desarrollando además los principios de la medicina de familia.

HIPÓTESIS

Los conocimientos que sobre sexualidad poseen los estudiantes del ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi son limitados e insuficientes.

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad que tienen los adolescentes que acuden al ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi de la Parroquia el Valle.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el nivel de conocimientos de los estudiantes sobre sexualidad, la jerga que utilizan, así como los mitos existentes.
- Identificar las actitudes que adoptan los y las estudiantes frente a situaciones relacionadas con la sexualidad.
- Caracterizar las prácticas que sobre sexualidad tienen los y las adolescentes.

EL ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO FAMILIAR.

La OMS define seis etapas en el ciclo vital familiar, así la etapa de EXTENSIÓN evidencia la presencia de niños y adolescentes en la familia.

Hay varias definiciones de familia. En esta ocasión describiremos desde la perspectiva de las ciencias sociales

en la cual se considera a la familia como “la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa y cooperan en actividades económicas, sociales y protectoras en el cuidado de los hijos propios o adoptados” este concepto no exige a la pareja lazos legales ni religiosos pues probablemente el nexo entre un hombre y mujer que decidan vivir juntos sea el amor. (Armas & Díaz 2007a)

Al igual que las variaciones en la definición de familia también hay variaciones en los tipos de familia, pues inicialmente se la describía como nuclear, pero debido a muchos factores como la migración, la desestructuración familiar y la globalización, hoy en día encontramos familias monoparentales, nuclear ampliada, transgeneracionales, reconstituidas, transnacionales, etc.

La familia está formada por varios sistemas. Los adolescentes están inmersos en el subsistema fraterno u Holon fraterno, este es el primer laboratorio social en el que los niños y adolescentes pueden experimentar relaciones con sus iguales, aprenden a jugar, negociar y compartir, a lograr amistades y aliados, así como a lograr reconocimiento por sus habilidades. La significación del subsistema fraterno se observa con mayor claridad en caso de ausencia de hermanos, pues el niño y adolescente pueden desarrollar pautas precoces de acomodación al mundo adulto y a la vez dificultades en su autonomía, capacidad de compartir, cooperar y competir con otros. (Solórzano *et al.* 2001a)

ROL DEL ADOLESCENTE.

Los adolescentes a menudo actúan como profesores para sus hermanos menores, cuando no hay mucha diferencia de edad a menudo tienen intereses similares, les gustan las mismas cosas y parecen entenderse mutuamente, aunque a veces plantean puntos de vista diferentes y pelean por ellos, el papel más importante está relegado al cuidado de sus hermanos y a ayudar a sus padres, está sujeto a las normas y límites familiares pero con un poco más de libertad.

TAREAS A LOGRAR COMO FAMILIA Y RIESGOS A SUPERAR.

Cambios en la relación padre adolescente para flexibilizar límites y renegociar reglas, respetar la privacidad, equilibrar libertad con responsabilidad, apoyar la búsqueda de su identidad, conocer a grupos de amigos del adolescente, identificar conductas de riesgo, apoyar sus decisiones.

Los riesgos que deben superar los adolescentes son: familias con límites y reglas muy rígidas o inexistentes, descalificación permanente del adolescente y su grupo de amigos, tener excesiva libertad, no prever conductas de riesgo, sistema fraterno inexistente. (Solórzano *et al* 2001b)

Tanto los padres como los propios adolescentes deben conocer las etapas que van a vivir desde los 10 a los 19 años así:

- Suspendida en el aire, caracterizada por los cambios físicos, los cuales el adolescente debe ir aceptando y despidiéndose de su cuerpo de niño/a.

- Comparación contraposición - rebeldía, el adolescente no confía únicamente en sus capacidades busca el apoyo de sus pares y con el afán de ser aceptado por el grupo puede asumir conductas perjudiciales y de riesgo como tabaco, alcohol, droga.
- Toma de contacto interno, en la cual comienza a asumirse como un ser independiente, cuestiona las ideas y costumbres de la familia, por lo que en la familia hay que negociar los nuevos límites, las reglas deben ser más flexibles pero deben existir.
- Etapa de ensayos y errores, aquí el adolescente cambia constantemente de gustos, afinidades personales, noviazgo, hay mucha inconstancia.
- Etapa de estabilización, define su identidad en oposición a la confusión de roles que estaba experimentando así: identidad sexual, vocacional, socio cultural, política, espiritual. (Armas & Díaz 2007b)

SIGNOS DE ALERTA EN LOS ADOLESCENTES.

Los padres y profesionales de la salud deben estar alerta a los problemas emocionales conductuales que podría presentar el adolescente así:

- Tristeza, retraimiento, irritabilidad y falta de energía, insomnio o demasiado sueño durante el día, estos podrían ser signos de trastornos como la depresión.
- Uso de alcohol o drogas que los adolescentes podrían considerar como normal, si hay carga genética el riesgo de consumo es mayor.

- Preocupación por el peso o la dieta, hay que pensar en trastornos de la alimentación.
- Delincuencia como conducta encaminada a impresionar a los compañeros y a ser como ellos y de experimentación social.
- Maltrato, puede ser emocional, con insultos cotidianos y falta de respeto a la autoestima, desaprobación de él o ella como persona, también puede ser físico, sexual.
- Pandillerismo, sobre todo cuando vive en la pobreza siente que no tendrá éxito y ningún esfuerzo le traerá bienestar en el futuro. (Sauceda & Maldonado 2003)

CRISIS DEL ADOLESCENTE.

Las crisis que atraviesan las familias con adolescentes son las crisis de la edad media dentro del ciclo vital familiar, en la cual los adolescentes presentan crisis normativas y para normativas como un embarazo no deseado, pérdidas de años escolares, pérdida de relaciones amorosas, violencia intrafamiliar, crisis por abuso de alcohol y sustancias, etc.

RESILIENCIA Y REDES DE APOYO.

La diferencia entre la actitud de un adolescente y otro frente a los problemas cotidianos que presentan en su diario vivir está dada por la resiliencia y las redes de apoyo con las que cuentan cada uno de ellos. Así pues la resiliencia proporciona una expectativa de esperanza frente a las condiciones adversas de los tiempos actuales, permite

tolerar manejar y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológicas conductuales y sociales que provienen de experiencias traumáticas y salir de ellas, esto gracias a un encuentro constructivo con un personaje significativo desde el punto de vista afectivo, sexual o cultural que cumple el rol de tutor de resiliencia. Debe tenerse en cuenta que la resiliencia se teje día a día fomentando actitudes en el adolescente como autoestima consistente, capacidad de relacionarse, creatividad, iniciativa, independencia, humor, moralidad, introspección y capacidad de pensamiento crítico. (Munist *et al* 2007)

La capacidad de los adolescentes para salir triunfante de sus múltiples problemas que los aquejan depende de sus redes de apoyo, gracias a la red el adolescente mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquiere nuevos contactos sociales. Las redes son variadas y Gallar (1998) las ha clasificado en: redes de apoyo natural (familia, amigos, vecinos, compañeros de escuela, grupos religiosos etc.) y redes de apoyo social organizado, que comprende seguridad social, servicios médicos y sanitarios, servicios comunitarios, asociaciones vecinales, organizaciones de voluntariado entre otras. (Solórzano *et al* 2001c)

ASPECTOS GENERALES

La adolescencia no es un proceso regular, de allí que se la haya dividido en periodos.

Adolescencia temprana: de 10 a 14 años, etapa en la cual se presentan múltiples cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo; el/la adolescente desplaza su

interés a los ambientes extra familiares, presenta cambios en la estructura del pensamiento que es operacional concreto, y se enfoca en el presente.

Adolescencia intermedia: de 15 a 16 años. Las mujeres se sienten más cómodas en tanto que los varones, extraños; se hacen muchas preguntas por su identidad. Es una época de mayor alejamiento de la familia; tienen pensamiento con comprensión de la realidad, realizan abstracciones y deducciones, tienen muchas ideas.

Adolescencia final: de 17 a 20 años; las relaciones familiares se redefinen pero adquiere independencia real. Se consolida el sentimiento de identidad personal, de valores; tiene esbozado un proyecto básico que rige la propia vida. Su pensamiento alcanza plenamente el nivel de desarrollo propio del pensamiento abstracto, hipotético deductivo, haciéndose un pensamiento operacional formal; piensa en el futuro (Aliño *et al* 2006).

Para un accionar adecuado en lo que a atención se refiere, es necesario conocer cuáles son éstos.

Cambios biológicos

Son internos y externos. El primer signo confiable de pubertad en el niño aparece entre los 9 y 13,5 años de edad, expresado por el aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico junto con el crecimiento del pene. El cambio completo de adolescente a adulto toma alrededor de 3 años con límite de 1,8 a 5 años. (Sociedad Argentina de Pediatría 2001)

En la niña, los signos iniciales de la pubertad son los cambios del himen ocasionado por los estrógenos, el ensanchamiento de las caderas e inicio del brote de crecimiento ponderal, se suma a la aparición del bello púbico y el desarrollo mamario; la aparición de estos cambios a los 7 años puede ser considerada como normal sobre todo en niñas de piel oscura que desarrollan los caracteres sexuales secundarios tempranamente. (Szilagyi 2005)

Por lo tanto, en los cambios corporales destacan la estatura, el peso, la masa corporal, las características de la piel, el tono de voz y la aparición de características sexuales secundarias. Estos cambios no son armónicos difiriendo entre uno y otro adolescente, por lo que su asimilación representa una tarea psicológica compleja e intensa para el adolescente que se ve exigido a reconocer su cuerpo y a reconocerse a sí mismo en dicho cuerpo, presentando a veces sentimientos de inconformidad (baja autoestima). Estos múltiples cambios pueden producir un desorden en sus hábitos alimenticios, de sueño y de aseo, sin que sean un impedimento para que el adulto estimule estilos de vida saludable. (Restrepo & Ruiz 2005 b).

En cuanto al crecimiento corporal, se caracteriza por una subetapa del segundo brote, siendo los elementos más sobresalientes el estirón puberal, el crecimiento genital (caracteres sexuales primarios y secundarios), crecimiento de los vellos, telarquía y menarquia en mujeres, pero además variaciones en cuanto a peso, talla, perímetro cefálico, frecuencia respiratoria y cardiaca, presión arterial, senos paranasales, dentición. (Comité Nacional de Crecimiento y desarrollo 2001)

En esta etapa además, se construye la autonomía e identidad sexual y ocupacional, por lo que el desarrollo se centra en cuatro esferas: psicomotor, cognoscitivo, psicosexual y psicosocial. (Acevedo *et al.* 2005)

Cambios psicológicos

Sobre los cambios psicológicos existen dos posiciones:

Quienes consideran que éstos se dan en un tiempo establecido, que es propio de cada individuo; los varones que maduran rápido son equilibrados, calmados, amables, populares entre sus compañeros, presentan tendencias de liderazgo y son menos impulsivos que quienes maduran tarde; a los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen beneficiarse en su autoestima, sin embargo la maduración temprana tiene complicaciones porque exige que los muchachos actúen con la madurez que aparentan. (Ministerio infantil). Por otro lado se manifiesta que a las niñas no les gusta madurar pronto; por lo general son más felices si no maduran rápido ni después que sus compañeras, las niñas que maduran pronto tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más introvertidas, tímidas y tienen una expresión negativa acerca de la menarquia. En general los efectos de la maduración temprana o tardía tienen mejor probabilidad de ser negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros bien sea porque están mucho o menos desarrollados que las otras. (Ministerio infantil)

La otra posición establece que en quienes la maduración se produce de manera paulatina, acorde al paso de años, disfrutan más de la adolescencia aunque pueden ser vistos/as como irresponsables, descuidados, inmaduros. Cabe

señalar que no existen estudios prospectivos sobre el comportamiento futuro que puedan adoptar las personas en el uno u otro caso.

Cambios sociales

Los adolescentes cambian la percepción hacia sus padres, los miran de forma distinta, más realista; empiezan a ubicarse a sí mismos como fuente básica de su propia seguridad asumiendo una actitud de autosuficiencia; sienten la necesidad de traspasar los límites a los cuales estaban habituados durante la niñez lo que genera en los padres la sensación de reafirmar su autoridad con actitudes rígidas para no perder el control alejándolos aún más, por lo cual buscan apoyo y compañía en sus pares. El cambio que experimenta el adolescente en la forma de ver a sus padres es doloroso, pudiendo llevarles a cerrarse en una determinada posición y a responder de una manera ofensiva en determinados momentos. Octavio Ortega (no hay fecha)

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

En este proyecto se utilizó el estudio descriptivo que permite valorar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas que poseen estos adolescentes sobre la sexualidad y sus formas de expresión.

UNIVERSO:

Adolescentes que acuden al ciclo básico del Colegio Guillermo Mensi de la parroquia El Valle.

CARACTERÍSTICAS DE LA PARROQUIA EL VALLE.

Ubicación Geográfica.

La parroquia de El Valle se encuentra ubicada al sur de la ciudad de Cuenca, en la provincia del Azuay a una distancia de 8 Km. del centro de Cuenca, Tiene una extensión de 90 Km²; cuyos límites son: Al Norte con las parroquias San Blas y Paccha, al Sur con las parroquias El Carmen de Tarqui y Quingueo, al Este con la parroquia Santa Ana y al Oeste con las parroquias Turi y Huayna-Cápac.

La parroquia está dividida en comunidades y barrios, siendo los más importantes los siguientes: Maluay, Gualalcay, Puca Cruz, La Paz de Curiquingue, Castilla Cruz, Cochabamba, Guncay Monay, El Despacho, Chilca pamba, Conchan del Carmen, Conchan de los Milagros, Tierras Coloradas, Las cuatro esquinas, Baguanchi, San Pedro de Baguanchi, La Victoria, El Salado, etc. En ella se encuentran, 37 centros de cuidado del niño entre guarderías y CNHs (creciendo con nuestros niños).

Clima, Flora y Fauna.

La temperatura es agradable y fluctúa entre los 12 y 22°C. La época de invierno corresponde a los meses de Octubre a Mayo, la época de verano va desde Junio a Septiembre.

La parroquia se caracteriza por la riqueza de su suelo. Se cultiva principalmente: papas, maíz, fréjol, habas, col lechuga, etc.

La flora es propia de la sierra, con árboles de eucalipto, pino, ciprés, nogal, laurel, etc. Aunque en pequeñas cantidades; entre los árboles frutales tenemos: capulí, higos, durazno, moras.

La fauna está representada por ganado vacuno, porcino, aves de corral, cuyes. Llama la atención la gran cantidad de perros y gatos que se les tiene como mascotas; además, en las zonas boscosas alejadas existen animales en estado salvaje como venados y liebres, que son cazados por los moradores del lugar.

Orografía el terreno de la parroquia es accidentado, irregular, con pequeñas elevaciones que sobresalen y quebradas no muy profundas; la altitud promedio es de 2800 m. sobre el nivel del mar.

Hidrografía, la parroquia cuenta con dos ríos principales de poco caudal, riachuelos y quebradas y tres lagunas de poca extensión.

Vivienda: la gran mayoría de los habitantes de la parroquia cuentan con vivienda propia. Llama la atención el contraste entre las casa humildes, hechas de adobe, techo de teja, con las grandes “mansiones” hechas de hormigón, ladrillo y bloque que demuestra a las claras la alta migración al exterior. La mayoría de estas casas están desabitadas o muy poco ocupada. El hacinamiento es de aproximadamente el 25%.

Vías y medios de comunicación

La carretera Cuenca El Valle tiene una extensión de 5 Km. es asfaltada y en buen estado, las vías que unen

las diferentes comunidades y el centro de la parroquia son lastradas y en mal estado la mayor parte de ellas.

Existe servicio de buses de la empresa Cuencana S.A. que comunica a Cuenca con El Valle, con una frecuencia de cada 5 minutos. El servicio como en toda la ciudad es deficiente, algunas frecuencias llegan a las comunidades más importantes con turnos de entre tres y cinco veces al día.

Economía

La falta de fuentes de trabajo en la parroquia hace que sus habitantes migren a la ciudad de Cuenca en donde desempeñan sus labores la mayor parte o que salgan a otras regiones del país o al exterior.

Las principales fuentes de trabajo son: la agricultura, la ganadería, la minería (yeso), la ebanistería, las artesanías (tejido de sombreros de paja toquilla, bordados, etc.), actividades de sastrería, mecánica albañilería, etc.

Demografía

La población de El Valle es de 18692 habitantes, según el Censo de Población y Vivienda del INEC del año 2001, distribuidos así:

Tabla No 1
Distribución de la población por edad y sexo de la
parroquia El Valle, 2002

EDAD EN AÑOS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 A 4 AÑOS	1144	13,7	1075	10,8	2219	11,8
5 A 9	1096	12,6	1061	10	2157	11,5
10 A 19	2135	24,5	2230	22,6	4365	23,4
20 A 39	2299	26,4	2961	29,6	5260	28,3
40 A 59	1198	13,6	1593	15,9	2791	14,9
60 A 79	631	7,2	833	8,5	1464	7,8
80 Y MÁS	181	2	255	2,6	436	2,3
TOTAL	8684	100	10008	100	18692	100

Fuente SIISE

Estadísticas vitales

Servicios

Prácticamente todos los habitantes de la parroquia cuentan con energía eléctrica y en el centro parroquial con alumbrado público.

Con agua potable suministrada por ETAPA cuenta el centro parroquial y algunas comunidades aledañas, las demás se proveen de agua tratada suministrada por el Proyecto Nero y unas pocas, las más alejadas consumen agua insegura proveniente de vertientes y pozos.

El alcantarillado existe en el centro parroquial y para algunas pocas comunidades como Baguanchi, El despacho, actualmente están en ejecución proyectos de alcantarillado en Gualalcay y el Carmen de Baguanchi. En otras comunidades existen letrinas con pozos sépticos, en las comunidades más alejadas del centro depositan las excretas al aire libre.

Las emisoras de radio y televisión así como los periódicos de la ciudad de Cuenca son la principal fuente de información.

El servicio de recolección pública de basura se lo hace 3 días a la semana, y es utilizado por la mayoría de la población, unos pocos entierran la basura o la arrojan en ríos y quebradas o la queman.

Infraestructura social

Educación

El Valle cuenta con 12 escuelas de educación primaria, distribuidas así: 3 en el centro parroquial y una en cada una de las siguientes comunidades: Maluay, Gualalcay, Quillopungo, El Salado, Baguanchi, San Miguel, Monay, Chilcapamba y San Antonio de Gapal.

Los colegios de educación secundaria son 3 ubicados en el centro parroquial, el de mayor alumnado es el colegio “Guillermo Mensi”

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido del adolescente desde el nacimiento hasta la fecha	Cronológico adolescencia temprana (10-14) intermedia (15- 16) final (17 - 20)	Años cumplidos, referidos por el adolescente	Intervalos
Sexo	Características externas que permiten identificar a una persona como hombre o mujer.	Hombre Mujer	Fenotipo Características externas observadas por el encuestador.	Nominal
Inicio vida sexual	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la primera relación sexual	Cronológico	Años cumplidos	Intervalos
Conocimientos Sobre sexualidad				

ANÁLISIS DE DATOS.

DATOS GENERALES:

CARACTERÍSTICAS DEL UNIVERSO.

Los participantes que respondieron la encuesta sobre sexualidad fueron 598 adolescentes, el porcentaje de hombres correspondió al 80,1% y el de las mujeres 19,9% cuyas edades estaban entre los 11 y 17 años, el 59,6% se encontraba en el rango de edad de 13 a 14 años, seguidos del 20,1% correspondiente a los de 11 a 12 años, 15,9% a las edades de 15 y 16 años, y el 4,4 entre 17 y 19 años. La edad promedio de los hombres fue 13,6 años y de las mujeres 14 años.

En cuanto a la conformidad con su sexo, el 98,7% refiere estar conforme 0,83% no está conforme y el 0,50% no responde. (Anexo 2)

Influencia de la religión en la sexualidad.

Como observamos en el siguiente cuadro en los adolescentes tanto hombres como mujeres hay poca influencia de la religión en su sexualidad, sin embargo las más influenciadas son las mujeres, aunque como lo menciona María Consuelo Mejía, esto seguirá disminuyendo por la posición cerrada de la iglesia que liga la sexualidad a la reproducción negando el derecho al placer.

Tabla Nº 2

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, influencia de la religión en la sexualidad y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
GRADO DE INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN EN LA SEXUALIDAD	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
0 A 2	193	40.3	37	31.1	230	38.5
4 A 6	119	24.8	23	19.3	142	23.8
8 A 10	146	30.5	59	49.6	205	34.2
NO RESPONDE	21	4.4	0	0	21	3.5
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

Enfermedades de trasmisión sexual.

En los resultados de la encuesta aplicada a los adolescentes sobre si conocen las enfermedades de transmisión sexual, se observa que la enfermedad más conocida es el sida, sida y sífilis, seguida de sífilis, es importante mencionar además que un porcentaje del 10% desconoce del tema, lo que se contrapone con estudios como de Hernández en el que el 96,5% conocen y reconocen el sida como una afectación adquirida por relaciones sexuales.

Cabe indicar que los que más conocen del tema son los adolescentes de 13 y 14 años de edad, y la enfermedad más prevalente sigue siendo el Sida, y sífilis, además hay un 8,8% de los adolescentes que no conocen del tema, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla N° 3

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según conocimientos de las enfermedades de transmisión sexual y edad. Cuenca Abril 2009

ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL	11 a 12	%	13 a 14	%	15 a 16	%	17 a 19	%	TOTAL	%
HERPES	1	0.8	16	4.6	4	3.9	0	0	21	3.6
SÍFILIS	5	4.3	8	2.3	1	0.9	0	0	14	2.4
SIDA	48	41.1	218	60.9	59	54.5	13	65	338	56.5
SÍFILIS Y SIDA	45	38.4	89	25.5	31	30.3	7	35	172	28.7
NO SABE	18	15.4	24	6,7	11	10.4	0	0	53	8.8
TOTAL	117	100	355	100	106	100	20	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Sexo seguro.

Otro conocimiento que fue valorado en el grupo de estudio fue el significado de sexo seguro, en el que tanto hombres como mujeres coinciden en el uso de preservativo, seguido del uso de anticonceptivos, como una forma de protección. Cabe mencionar que un buen porcentaje 40,4% desconoce sobre el tema, principalmente las adolescentes del sexo femenino. Estos resultados son similares a los obtenidos por Liliana Arias al aplicar la encuesta integral a los adolescentes en cuanto al uso de preservativo, pero difieren a la respuesta de (evitar sexo con prostitutas, tener múltiples parejas sexuales) que en nuestro estudio los adolescentes no las han mencionado.

El grupo etario que más conoce sobre el significado de sexo seguro son los adolescentes entre 15 y 16 años y ratifican el uso del preservativo como forma de protección, por otro lado los que más desconocen sobre el tema son los adolescentes de 11 a 12 años, poniendo de manifiesto posiblemente una comunicación familiar deficiente sobre temas sexuales y el poco abordaje de la sexualidad en la enseñanza básica como lo manifiesta Santana.

La siguiente tabla resume la significación de sexo seguro por edades.

Tabla N° 4

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según significado de sexo seguro y edad. Cuenca Abril 2009.

QUÉ SIGNIFICA SEXO SEGURO	11 A 12	%	13 A 14	%	15 A 16	%	17 A 19	%	TOTAL	%
ABSTENERSE	5	4.2	10	2.8	3	2.9	0	0	18	3
FIDELIDAD	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0,1
USAR ANTICONCEPTIVOS	8	6.6	49	13.8	10	9.9	2	10	69	11,5
USAR PRESERVATIVOS	40	33.2	153	42.8	63	62.4	13	65	269	44,9
NO SABE	67	56	145	40.6	24	23.8	5	25	241	40,3
TOTAL	120	100	357	100	101	100	20	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Jerga utilizada para nombrar el acto sexual.

Uno de los objetivos del proyecto fue determinar cuál es la terminología empleada por los adolescentes para

referirse a la relación sexual, los resultados se exponen en la siguiente tabla. Vale la pena mencionar que las mujeres utilizan términos más suaves que los hombres, y un buen porcentaje no responde o refiere no saber posiblemente por recelo de utilizar palabras muy grotescas.

Tabla Nº 5

Adolescentes del Colegio Guillermo Mensi, según cómo le dicen a la relación sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

CÓMO LE DICEN A LA RELACIÓN SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
CUCHICUCHI	11	2,3	3	2,6	14	2,4
“CULIAR”	18	3,8	2	1,6	20	3,3
HACER EL AMOR	94	19,7	29	24,3	123	20,5
“TIRAR”	67	14,2	6	5,2	73	12,4
TENER SEXO	96	20,3	23	19,5	119	19,8
NO RESPONDE	85	16,9	27	27,4	112	18,7
NO SABE	108	22,8	29	18,8	137	22,9
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD

Relaciones sexuales antes del matrimonio:

En la encuesta se formularon dos tipos de preguntas para conocer cual es la percepción que tienen los hombres y mujeres con respecto a las relaciones sexuales antes del matrimonio, observándose que la mayoría de ellos están en desacuerdo con que las mujeres tengan relaciones

sexuales, siendo más marcada esta decisión en la misma mujer, lo que demuestra como en otros estudios la influencia social y cultural.

Con respecto al hombre los adolescentes responden también en desacuerdo 30,4% seguido con aquellos que están de acuerdo principalmente los hombres con un 20,8%.

Con quién hablan los adolescentes sobre sexualidad.

Se indagó sobre las fuentes de información que los jóvenes tienen para diferentes temas de la salud sexual y reproductiva, en términos generales las fuentes de información son padres, profesores, amigos. El personal de salud no es una fuente importante de información para ellos.

Las mujeres reciben más información de sus padres en comparación a los varones posiblemente porque son ellas quienes corren más riesgo en lo referente a las consecuencias de un inicio temprano de la sexualidad, además los prejuicios sexistas de la sociedad tienen un mayor impacto sobre ellas, no ocurriendo así con los chicos a los cuales la sociedad en general y la familia en particular les han transmitido valores estereotipados sobre su sexualidad.

En tanto que los profesores hablan indistintamente con los dos sexos.

PRÁCTICAS SEXUALES.

Relaciones sexuales:

Un factor que coloca a los jóvenes en riesgo es el inicio temprano de las relaciones sexuales, como se corrobora en el presente estudio, en el cual del total de hombres encuestados el 16,9% refiere haber tenido relaciones sexuales, siendo mayor que en las mujeres, quienes se han iniciado en un 10%, esta diferencia entre hombres y mujeres es consistente en diferentes estudios en América Latina como en Colombia, Chile, etc. Vale la pena considerar la posible tendencia que señalan algunos autores, de los hombres a exagerar sus prácticas sexuales y de las mujeres a minimizarlas.

En la siguiente tabla se expresa el total de adolescentes que han tenido relaciones sexuales y su distribución por sexo.

Tabla N° 6

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según presencia de relación sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

Adolescentes con relación sexual	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%
No	398	83	107	89,9	505	84,5
Sí	81	16,9	12	10	93	15,5
Total	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

La edad en la primera relación sexual fluctuó entre los 6 años y los 17 años, el pico de edad se observa entre los 12 y 14 años, no hay mayor diferencia entre la edad promedio de inicio de hombres y mujeres. Así los hombres tienen su primera relación sexual a los 13,6 años y las mujeres a los 14 años, se considera que entre más joven sea el adolescente menor es el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones sobre el uso de protectores, la negociación con la pareja entre otros.

Como se observa la edad de inicio de los adolescentes es concordante con otros estudios realizados en Chile y Colombia sobre todo la edad de inicio de las mujeres que es a los 14 años, difiriendo un poco con los hombres ya que en nuestro estudio se inician más tarde a los 13,6 años, y en los estudios anteriores mencionados por (Vigil et al.) a los 12 años.

En cuanto a quién fue la persona con la cual tuvieron la primera relación sexual, la mayoría de los estudiantes hombres y mujeres refiere con el amigo/a (49,4%) siendo esta tendencia mayor en los hombres pues las mujeres prefieren iniciar con el novio (66,7%).

La motivación para la primera relación sexual es la curiosidad, el amor, la excitación sexual. Como se aprecia en la siguiente tabla hay una tendencia en las mujeres a iniciar sus relaciones sexuales motivadas por el amor, mientras que en los hombres prima la curiosidad, seguida del amor y la excitación sexual. Según otros estudios la necesidad de afecto y el hecho de estar involucrada en noviazgo puede ser motivo suficiente para que la adolescente mujer tenga relaciones sexuales.

Tabla N° 7

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según causa de la primera relación sexual y sexo.

Cuenca Abril 2009.

SEXO						
MOTIVACIÓN PRIMERA RELACION SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
AMOR	20	24.7	9	75	29	31.1
CURIOSIDAD	35	43.2	2	16.7	37	39.8
LAS AMISTADES LO HACIAN	7	8.7	1	8.3	8	8.7
EXCITACIÓN SEXUAL	17	20.8	0	0	17	18.2
NECESIDAD DE DINERO	2	2.4	0	0	2	2.1
TOTAL	81	100	12	100	93	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Una vez identificados los adolescentes que tienen relaciones sexuales es inminente a la luz de los problemas que los aquejan averiguar si están o no utilizando métodos anticonceptivos y de protección, por lo que en este estudio encontramos que la mayoría de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales no utiliza ningún método anticonceptivo (61,3) presentando mayor riesgo las mujeres pues el 91,7% de ellas no utiliza ninguna protección (Anexo)

Del 37,6% que sí ha utilizado método anticonceptivo el más empleado por los hombres es el preservativo y la

única mujer que sí se protegió prefirió utilizar píldoras, más por el miedo al embarazo que a una enfermedad de transmisión sexual, estos resultados son concordantes con los realizados por Cevallos en los que se observa la baja prevalencia de métodos anticonceptivos siendo de ellos el más usado el preservativo, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla N° 8

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según tipo de método anticonceptivo utilizado en relación sexual y sexo. Cuenca Abril 2009.

SEXO						
MÉTODO UTILIZADO EN RELACIÓN SEXUAL	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
PRESERVATIVO	29	85,3	0	0	29	82,9
TERMINAR FUERA VAGINA	5	14,7	0	0	5	14,2
ANTICONCEPTIVOS	0	0	1	100	1	2,9
TOTAL	34	100	1	100	35	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

Al hablar de prácticas sexuales hay que referirse a la presencia o no de masturbación, en este grupo de estudio se observó que el 90,6% no se masturba y del 9,4% que sí lo hace, la gran mayoría son del sexo masculino, la edad promedio en la que ejecutan estas prácticas sexuales es entre los 13 y 16 años, correlacionándose con la edad en que biológicamente hay una elevación de las hormonas sexuales.

En cuanto a qué piensan sobre la masturbación como se observa en el siguiente cuadro, la mayoría de los adolescentes piensan que es pecado, es malo, siendo más evidente este dato en las mujeres, quizá por la influencia religiosa y la crianza de estos adolescentes, aunque como lo menciona Brito en un estudio en el que manifiesta que la moral está en retirada y que no ejerce mayor influencia en los jóvenes, se pondría en duda este supuesto.

Tabla Nº 9

Adolescentes del colegio Guillermo Mensi, según pensamiento sobre masturbación y sexo.
Cuenca Abril 2009.

SEXO						
QUÉ PIENSAN DE LA MASTURBACIÓN	HOMBRE	%	MUJER	%	TOTAL	%
ES MALO	138	28,8	33	27,7	171	28,5
ES PECADO	188	39,2	48	40,3	236	39,5
ES PLACENTERO	79	16,5	8	6,8	87	14,5
ES NORMAL	60	12,5	20	16,8	80	13,4
NO RESPONDE	14	2,9	10	8,4	24	4,1
TOTAL	479	100	119	100	598	100

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORADO POR: Diana López

RECOMENDACIONES:

Para el Colegio

Considerando que los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo como población cautiva en este centro de estudios, y luego de las numerosas revisiones sobre aplicación de programas sobre sexualidad en grupos similares y frente a la evidencia de los buenos resultados sería oportuno aplicar uno de ellos como el Programa TeenSTAR; este es un programa interactivo de educación holística en sexualidad humana, que se basa en la dignidad de la persona y en el uso de la libertad personal para la toma de decisiones. Permite integrar la capacidad biológica de ser padre o madre en todos los aspectos de la vida: social, emocional, intelectual, espiritual y físico, con la finalidad de llevar al joven a efectuar sus propios descubrimientos, obtener conclusiones y tomar decisiones propias respecto de su comportamiento sexual. Además demostró ser efectivo en retrasar la edad de iniciación sexual y también mostró resultados positivos en relación a la discontinuación de la actividad sexual y al número de razones que tienen los jóvenes para mantener la abstinencia sexual.

Sumado a este programa se debería capacitar a estudiantes del propio colegio para que sean ellos quienes brinden educación sexual a sus compañeros, pues como lo demuestra la evidencia científica hay mejores resultados cuando la educación es entre pares.

Para los estudiantes.

Vivir a plenitud su juventud siendo responsables, conocer los riesgos del inicio temprano de la sexualidad, enfermedades a las que están expuestos, formas de evitarlas, propender a la abstinencia o retardar lo más posible el inicio de su actividad sexual.

Para los padres.

La familia cumple un rol muy importante en la sociedad, es el nido donde se forjan los sueños, ideales, principios, valores. Además se fortalecen las capacidades innatas de cada individuo, por lo que una de las funciones importantes de los padres es la comunicación, siendo el hogar el ambiente preciso para hablar de amor, la intimidad y el sexo, pues son ellos los encargados de crear la base con la que sus hijos posteriormente iniciarán su vida sexual. Los padres deben ser la guía para sus hijos. Es muy importante que se empiece con la educación sexual desde tempranas edades, “la educación empieza por casa” por lo que es recomendable que los padres también sean capacitados en ciertos aspectos sexuales formando parte del equipo de acompañamiento al adolescente.

Para los servicios de salud.

Capacitarse en el manejo y atención integral del adolescente, trabajando conjuntamente con el colegio y con los padres para ser portadores de conocimiento, información y reforzar los programas que sobre sexualidad imparten en los colegios como parte del pensum de estudios, además ser facilitadores en el camino de la búsqueda de su identidad.

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo M., Díaz A. & Gómez H. (2005) Crecimiento y desarrollo del adolescente. En *El Niño Sano*: 3era. Edición (Editorial Médica Panamericana) Bogotá, pp. 168-172

Aliño M. (2006) Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud *Rev Cubana Med Gen Integr* 2, 22

Arava P. (s/f) Consecuencias sexualidad precoz. Universidad Católica [en línea] Disponible: (<<http://www.maternidaduc.cl/novedades.php?id=24>>) [20 noviembre 2008]

Armas N. & Díaz L. (2007a) *Las familias por dentro*. Ediciones América. Quito.

Armas N. & Díaz L. (2007b) *Las familias por dentro*. Ediciones América. Quito.

Balboa J. et al. (2002) Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno

Berrocal L. (2005a) Relaciones sociales [en línea] disponible: (<http://www.prensa.com/Actualidad/Psicologia_sexual/2005/10/28/index.htm>) [11 octubre 2008]

Brito A. (2000) *Prácticas de la sexualidad*.Htm.

Burgos C. (2003a). Influencia de la Experiencia indirecta y directa con las Relaciones Románticas y de algunas Dimensiones de la Identidad en las expectativas que tienen los Jóvenes acerca de la Pareja Romántica.

Burgos C. (2003b). Influencia de la Experiencia indirecta y directa con las Relaciones Románticas y de algunas Dimensiones de la Identidad en las expectativas que tienen los Jóvenes acerca de la Pareja Romántica.

Calero J. (2001) Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto Rev Cubana Salud Pública .27, 1 Ciudad de La Habana ene.-jun.

Callejas S. et al (2005) Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. Revista Española de Salud Pública. [en línea] disponible: (<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272005000500008&script=sci_arttext>) [6 febrero 2009]

Canaval G., Cerquera G., Hurtado N. & Lozano J. (2006) Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad. Inves Educ Enferm. 24(1):26-35.

Castro G. (s/f) La familia en la educación de la sexualidad [en línea] Disponible: (<monografias.com>) [6 octubre 2008]

Ceballos G. & Campo A. (2006a) Prevalencia de relaciones sexuales en estudiantes de secundaria entre 10 y 12 años Santa marta Colombia. [en línea] disponible: (<<http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v54n1/v54n1a1.html>>) [14 de marzo del 2009]

Cevallos G. & Campo A. (2005) Prevalencia de uso de condón en la primera relación sexual en adolescentes de Santa marta, Colombia: diferencias por género. [en línea] disponible: (<http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA82/R82_AO>) [14 de marzo del 2009]

Cevallos M. *et al.* (2007) Causas y Consecuencias del Embarazo en adolescentes. Revista Ecuatoriana de Pediatría. Quito [en línea] disponible:

(<http://www.pediatria.org.ec/bvs/2007/8.2.2007_14a19.pdf>) [14 de diciembre del 2008]

Cocca E. (2008) Alcohol y drogas en jóvenes inducen prácticas sexuales de riesgo. julio 31

Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. Buenos Aires (2001a) Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la evaluación del crecimiento 2da. Edición.

Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. Buenos Aires (2001b) Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la evaluación del crecimiento 2da. Edición

Congreso Pediatría AEP (2000) [en línea] disponible:

(<http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/N_Marta_DA-az.htm>) [20 febrero 2009]

Cortes O., Marleidis Y. & García R. (2007) Características sociodemográficas y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Medicina General Integral, V22 N1 enero-mar

Crosby R., Diclemente R., Wingood G., Salazar L., Harrington K., Davies S. *et al.* (2003) Identification of strategies for promoting condom use: a prospective analysis of high-risk African American female teens. *Prev Sci*; 4(4):263-70.

Derechos Sexuales y Reproductivos (2007) [en línea] Disponible: (<http://www.innfa.org/innfa/index.php?option=com_content&task=view&id=837&Itemid=es>) [14 de diciembre del 2007]

Family Health Internacional. Consejería en planificación familiar. Un prototipo del currículo, manual del participante. AVSC International, New York. En Internet:
<<http://www.fhi.org>> [14 diciembre del 2007]

Fernández O. (2000) Sexualidad precoz. [en línea] disponible:
(<http://macroaldea.com.ar/portfolio/Psicoanalisisabierto/articulos/perturbaciones_de_la_se.rtf>) [20 febrero 2009]

Flores C. et al. (2004) Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida Documento CEDE Flores C (2005) [en línea] Disponible: Flórez & Núñez, (2002). Teenage childbearing in Latin American countries. Guía de alimentación y salud [en línea]
<http://www.uned.es/pea-nutricion_y_dietetica-I/guia/adolescencia/obesidad.htm> [10 de octubre 2008]

Guías trastornos alimenticios (no hay fecha)
<http://www.uag360.com/Courses/Seventh_Semester/Nutricion/Act1/guias-estudio/OLD/trastornos-alimenticios.pdf> [20 septiembre 2008]

Flores C. (2005) [en línea] disponible:
<http://journal.paho.org/?a_ID=215&catID> [14 de noviembre del 2008]

Hernández C., Quesada Y., Isla M., Valdés A. (2007) Anticoncepción en la adolescencia Rev. Cubana Endocrinología 18

Hernández J. &Pérez O. (2005) Temas sobre sexualidad que interesan a un grupo de adolescentes en el área de salud Iguará. Rev. Cubana Enfermer 21(2)

IADB, Research Network Working paper. August, R-434. Maduración del adolescente (s/f) [en línea] disponible: (<http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=lang_es&id=6PIEILKj5Q4C&oi=fnd&pg=PA69&dg=maduran+temprana+o+tard%C3%ADa+en+los+adolescentes+varones&ots=_gCSgeopw&sig=hCovhgELLvhYytAbgG7oHabbUSVY#PPA78,M1>) [14 de mayo del 2008]

Magaña M. (no hay fecha b) La Adolescencia Hoy. [en línea] (http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13048410&pident_usuario=0&pident_revista=37&fichero=37v58nSupl.2a13048410pdf001.pdf&ty=84&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es) [26 noviembre del 2007]

Magaña M. (no hay fecha) La Adolescencia Hoy. [en línea] (http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13048410&pident_usuario=0&pident_revista=37&fichero=37v58nSupl.2a13048410pdf001.pdf&ty=84&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es) [26 noviembre del 2007] Anónimo

Maldonado J. & Saucedo J. (2003) La adolescencia, oportunidades retos y la familia. En La familia su dinámica y tratamiento (Organización Panamericana de la Salud) México, pp 107-109

Mancilla E. (2006) Trastornos Endocrinos. Curso Salud y desarrollo del Adolescente [en línea] Disponible:

Medicina TV (2008) F:\Blog MedicinaTV » Blog Archive » Alcohol y Drogas en Jóvenes Inducen Prácticas Sexuales de Riesgo.htm Julio 31

Mejía M. (2000) La Iglesia católica y la sexualidad México, DF, mayo

Ministerio de Salud Pública Ecuador (2008) Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. Ministerio de Salud Pública, Quito.

Ministerio infantil (no hay fecha) [en línea]
(<http://ministerioinfantil.com/desarrollo-infantil/adolescencia.pdf>)
[2 octubre 2008]

Ministerio infantil (no hay fecha) [en línea]
(<http://ministerioinfantil.com/desarrollo-infantil/adolescencia.pdf>)
[4 Octubre 2008]

Monroy A. (2002) *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. Guía práctica para padres y educadores.

Monterrosa A. (2006). Anticoncepción de emergencia: ¿cómo, cuándo y por qué? *Rev Med UNAB*. **9**

Munist M., Suarez E., Krauskopf & Silber T (2007) *Adolescencia y Resiliencia*. Buenos Aires.

Naranjo J. (2006a) Aspectos prácticos en la atención de salud del adolescente [en línea] disponible:
<http://www.pediatria.org.ec/bvs/2006/7.1.2006_full.pdf> [30 noviembre 2007]

Naranjo J. (2006b) Aspectos prácticos en la atención de salud del adolescente [en línea] disponible:
<http://www.pediatria.org.ec/bvs/2006/7.1.2006_full.pdf> [30 noviembre 2007]

Navarro E. & Vargas R. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*, *19*, 14-24.

Navarro E. *et al* (2006) grupo de iguales e iniciación sexual adolescente [en línea] disponible:

(<http://mago.easp.es/formajoven/doc_cifras_datos/20071114141839972.pdf>) [6 enero 2009]

Octavio Ortega (no hay fecha) Cambios psicológicos y sociales en la adolescencia [en línea] Disponible:

(<http://www.educasexo.com/adolescentes/cambios-psicologicos-y-sociales-en-la-adolescencia.html>) [2 octubre 2008]

Pilar Vigil *et al* (2005) TeenSTAR: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes *Revista. médica. Chile* .133 ,10 *Santiago oct. 2005*

Ramírez J. *et al* (2006) Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de sida. [en línea] disponible:

(<<http://www.respyn.uanl.mx/viii/1/articulos/actitudes.htm>>) [6 enero 2009]

Red Escolar Nacional (2005) Adolescencia y Desarrollo. [en línea] disponible:

(<<http://rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema6.html>>) [13 de diciembre del 2007]

Restrepo A. & Ruiz A. (2005a) Puericultura del Adolescente. en *El Niño Sano*: 3era. Edición. (Editorial Médica Panamericana) Bogotá, pp. 241-242

Restrepo A. & Ruiz A. (2005b) Puericultura del Adolescente. en *El Niño Sano*: 3era. Edición. (Editorial Médica Panamericana) Bogotá, pp. 237-240

Rodríguez J. (2003). La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago, Chile, Junio

Sánchez A. (2002) Factores que influyen en escolares para el inicio de la actividad sexual - Trujillo 2002 [en línea] Disponible: (<http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbib/fiche.xsp?base=documents&id=sisbid.2004.rodriguez_sa-principal>) [20 de octubre del 2008]

Sánchez S. (2003) Comparación de la educación por pares y por profesionales de la salud para mejorar el conocimiento, percepción y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 20, 4 Lima oct./dic. 2003

Santana F. & Verdeja O. (2006) Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. *Rev. Cubana Med.Gen.Integr.*, v22 n1 ene.

Santana F. (2001) Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto *Rev Cubana Salud Pública* .27, 1 Ciudad de La Habana ene.-jun.

Sauceda J. & Maldonado J. (2003) *La Familia su dinámica y tratamiento*. Organización Panamericana de la salud.

Shaffer D. (2000) *Psicología del desarrollo infancia y adolescencia*. Editores Cengage Learning.

Silva S. (s/f) Acné en el adolescente [en línea] disponible: (<<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion08/M3L8Leccion.html>>) [11 diciembre del 2007]

Silva S. (s/f) Acné en el Adolescente. [en línea] Disponible: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion11/M3L11Leccion.html>> [12 diciembre del 2007]

Solórzano M. & Brand C. (2001) Sexualidad en la adolescencia e identidad. en *Estudio integral del ser humano y su familia*. Caracas, pp 128

Solórzano M., Brandi C. & Flores O. (2001a) *Estudio Integral del ser humano y su familia*. Graficas La Bodoniana, Caracas.

Solórzano M., Brandi C. & Flores O. (2001b) *Estudio Integral del ser humano y su familia*. Graficas La Bodoniana, Caracas.

Szilagyi P. (2005) *Valoración pediátrica de la lactancia a la adolescencia*. En pp.706-714

Tu salud (s/f) <http://www.tusalud.com.mx/120012.htm>

Urrejola P. (2006) Trastornos nutricionales [en línea] Disponible: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion09/M3L9Leccion.html>> [10 de noviembre del 2007]

Vigit *et al.* (2005) TeenSTAR: una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado a adolescentes *Revista médica. Chile. 133, 10 Santiago oct.*

Villaseca P. (2006a) Trastornos Menstruales. [en línea] Disponible: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion10/M3L10Leccion.html>> [11 diciembre 2007]

Vinaccia E. *et al* (2007) Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH /SIDA en adolescentes colombianos Terapias Psicológicas. V. 25 Santiago [en línea] disponible: (<http://scielo.cl/scielo.php?pid=S078-48082007000100003&script=sci_arttext>) [16 febrero 2009]

Zubarew T. (no hay fecha). Sexualidad del Adolescente. [en línea], Disponible: <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion.html>> [10 de diciembre del 2007]

ANEXO 1

GUÍA ANTICIPADA ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE INMUNIZACIONES

Hepatitis B	3 dosis
DT	11- 16 años
SRP	1. Dosis
Varicela	2 dosis

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Valoración médica	Una vez en cada periodo
talla, peso, IMC, examen físico completo, exploración de riesgos	10 a 13 años
T. A. > percentil 90 realizar seguimiento	14 a 16 años
	17 a 21 años
	con vida sexual activa 1 por año
Citología cervical	2 normales continuar cada 3 años

LABORATORIO

Hemoglobina, hematocrito	1 vez a mujeres entre 10 y 13 años
Hiperlipemia	>170mg/dl repetir el examen
VDRL - VIH	Si tiene vida sexual activa

CONSEJERÍA

para prevención de accidentes de tránsito y otros traumas

para prevención de violencia juvenil

para prevenir el tabaquismo

para prevenir el uso de alcohol, y drogas

para prevención de depresión y suicidios

para prevención de abuso físico, sexual y emocional

consejería en sexualidad responsable(abstinencia,
condones, ETS, VIH)

para evitar los embarazos no deseados

sobre métodos anticonceptivos de actividad física regular

Sobre hábitos alimentarios saludables

CEPILLADO ENDOCERVICAL Y LEGRADO ENDOCERVICAL

Pedro José González Serrano
Médico graduado en la Universidad del Azuay

Revisión Bibliográfica

Resumen. Entre los métodos de cribaje del cáncer de cuello uterino se encuentra el cepillado endocervical y el legrado endocervical, siendo el primero una muestra de tipo citológico de un uso mucho más amplio en la población general, y el segundo una muestra de tipo histológico con indicaciones más precisas. *Método.* A pesar de la escasa información bibliográfica existente en la red y textos médicos acerca de estos dos métodos en particular, se ha recopilado bibliografía de fuentes serias y lo más actualizada posible. *Hallazgos:* En la sección de conclusiones se exponen las discordancias entre los diferentes estudios acerca de indicaciones para las diferentes técnicas en aspectos particulares. *Conclusión.* Es claro que nos hace falta una normativa clara para el uso del cepillado y el legrado endocervical, por lo que se necesitan estudios epidemiológicos en grandes poblaciones que nos den luces acerca de estos puntales.

Abstract. The endocervical brush, and the Endocervical Curettage are both cervical cancer screening methods. The first one is a cytological sample widely used as a general screening method while the second one is a histological sample with more precise indications. *Methods:* I have searched for the newest and trustable articles about these two topics, even though there is not much of it available

in the internet and medical textbooks. Findings and conclusions. In the end of the conclusions section I have exposed the different discordances shown by the searched studies about the indications of these two procedures in some particular aspects. There is an urgent need for a clear guide for the use of the endocervical brush and the endocervical curette. To achieve this, major epidemiological studies must be done.

Introducción

He propuesto esta revisión bibliográfica lo más actualizada y confiable posible sobre el cepillado endocervical y legrado endocervical, con el afán de buscar definiciones más precisas en cuanto a sus indicaciones y poder diagnóstico, puesto que hay variados criterios de acuerdo a sus indicaciones. Además busco crear una normativa clara sobre su uso y puntualizar las incógnitas sobre las cuales realizar futuras investigaciones. Tratamos de investigar la eficacia del cepillado endocervical tomado en una sola placa, y quisiéramos establecer la eficacia del legrado para tener una correlación entre ambos métodos, con este fin se está realizando en SOLCA Cuenca, un cepillado endocervical con muestra en una sola placa a todas las pacientes cuya citología de cribaje resultó positiva para lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, y se realiza un legrado endocervical a toda paciente con Cepillado endocervical positivo, para así, poder establecer una correlación citohistológica que confiablezca nuestro diagnóstico para llevar a cabo futuras investigaciones.

Conceptos básicos

El Papanicolaou



Gráfica 1.
George Papanicolaou. 1883-1962.
Tomado de la web: teslasociety.com

Desde la implementación de detección poblacional con Papanicolaou en 1949 la incidencia de cáncer cervical invasor en los EEUU ha disminuido un 75%, pero lamentablemente solo un 5% de la población de los países en desarrollo se ha realizado un Papanicolaou desde el 2001-2006. (36) El cáncer cérvico uterino provoca alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo y su incidencia es de 40 de cada 100.000 mujeres en los países en desarrollo. (37)

El Papanicolaou por sí solo, en una sola muestra aislada tiene solo una sensibilidad del 50-60%. Sin embargo si se obtienen 3 muestras consecutivas negativas la posibilidad de que la paciente presente una anomalía cervical se reduce al 1%.(13)

El test de screening de elección para el cáncer cervical es el Papanicolaou, técnica cuya especificidad por sí solo es mayor al 90%, (1). La colposcopia, no es útil como método de detección primaria a ser realizado antes de un Papanicolaou, pues tiene una sensibilidad del 43% y una especificidad del 68% cuando es usado en mujeres asintomáticas. (2) Hay evidencia de que el Papanicolaou realizado como test de rutina, y mientras más frecuentemente se efectúe, tendrá la fuerza diagnóstica para luego del tratamiento, reducir la mortalidad por el cáncer de cérvix. (3)

Es preciso anotar que tanto el cepillado endocervical como el legrado endocervical son complementos diagnósticos, y ninguno de ellos reemplaza al Papanicolaou.

La citología de base líquida

La falta de precisión en los diagnósticos basados en citologías (técnica Papanicolaou) realizadas entre los años 1972 y 1977 en los Estados Unidos, determinó una serie de demandas, en donde se culpaba a ginecólogos por muestras mal tomadas, se culpaba a patólogos por errores de revisión, etc., pero revisiones posteriores, demostraron que las limitaciones del frotis de Papanicolaou, más que a error humano o de los laboratorios, se debían a otros factores propios del procedimiento per se. (37)

El frotis de Papanicolaou reúne unas 600.000 a 1,2 millones de células epiteliales y solo un 20% se transfiere al portaobjeto, siendo este proceso aleatorio y sujeto a error si las células anormales no se distribuyen de forma homogénea por toda la placa. Otro problema es la presencia de sangre y células inflamatorias que compiten por el área de superficie del portaobjeto, llegando a ocultar células epiteliales.(38) En respuesta a esta problemática en mayo de 1996 se autoriza en los Estados Unidos el uso de la citología de base líquida, técnica cuyo fin es mejorar la detección de anomalías citológicas, dando preparaciones y acomodaciones celulares más uniformes, libres de exudados inflamatorios y sangre, facilitando así la lectura e interpretación por parte de los patólogos (39)

El frotis tecnificado o citología de base líquida, en teoría resuelve los cinco problemas del Papanicolaou convencional 1) captura de la totalidad de la muestra, 2) fijación deficiente, 3) distribución aleatoria de células anómalas, 4) existencia de elementos perturbadores, 5) calidad del frotis.

En esta técnica se introduce la totalidad del instrumento de obtención de la muestra en un medio líquido, fijando las células y evitando la degeneración por aire; luego se realiza una mezcla que produce una muestra homogénea. (37).

Sin embargo un estudio randomizado controlado, publicado por la BMJ el 2007, que comparó la eficacia de la citología de base líquida versus la citología convencional en el screening primario, demostró que la citología de base líquida no aportaba un incremento

importante en la sensibilidad para descartar las NICII y que su valor predictivo positivo era menor, debido a que se encontraron mayor número de resultados positivos. Por último, resulta obvio que la citología de base líquida redujo el número de muestras insatisfactorias. (40) Esto refuerza estudios anteriores que han expresado similares resultados. En lo que se refiere a la factibilidad de la realización de las pruebas de HPV, no ha habido una diferencia estadísticamente significativa entre ambas técnicas, por lo tanto según estas revisiones, la citología monocapa es menos confiable y tiene mayor probabilidad de dar falsos negativos y falsos positivos que la citología convencional (41). Pero la última palabra todavía no está escrita, pues hacen falta estudios randomizados prospectivos, ya que la técnica de la citología de base líquida tiene un mayor costo por lo que generalmente se la realiza a estratos socioeconómicos distintos que como sabemos tienen riesgos relativos diferentes. Además hay estudios actuales que aseguran que el ASCUS se lo encuentra en mucha menor cantidad en los estudios monocapa que en la citología convencional (42)) cosa que es bastante lógica, debido a la mejor visualización y estudio celular que proporcionan los frotis tecnificados. Por lo tanto debemos ser cautos, no se trata de negarnos a nuevas técnicas, pero sí ser lo suficientemente críticos para saber cuándo y dónde implementarlas, basándonos sobre todo en la bibliografía actual para tomar decisiones, que a la larga serán beneficiosas para con nuestros pacientes.

Forma de presentación citológica del Papanicolaou y el cepillado endocervical en relación con el cáncer de cuello uterino (Bethesda 2001)

Tipo de espécimen. Indicar si es Pap convencional o de base líquida.

Calidad de espécimen; Satisfactoria vs No satisfactoria.

Categorización General:

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
- Anormalidad epitelial celular y especificar.
- Otros.

Revisión automatizada (en caso de dispositivo automatizado para la revisión, especificar cuál y el resultado).

Interpretación y resultado

Negativo para lesión intraepitelial o malignidad

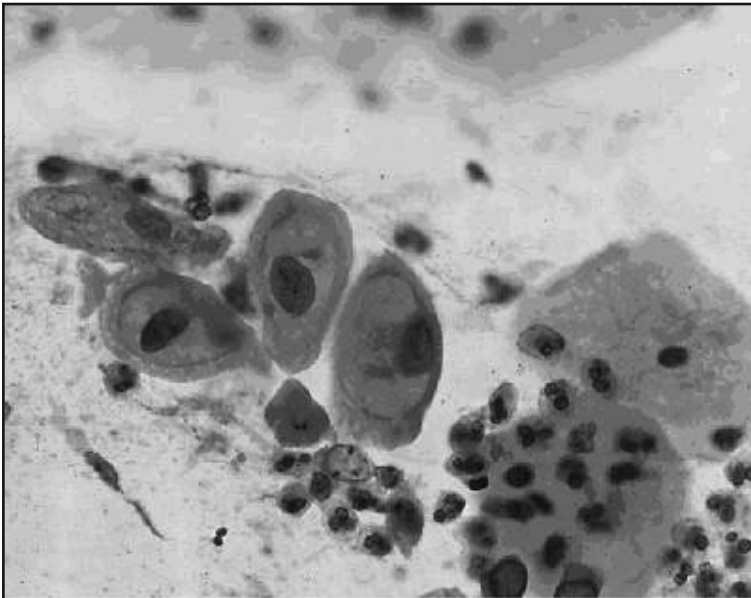
- Organismos:
 - Tricomonas vaginales.
 - Organismos fúngicos compatibles con *Candida* spp.
 - Cambio de flora sugestivo de vaginosis.
 - Bacterias morfológicamente consistentes con actinomicas.
 - Cambios celulares consistentes con herpes simple.
- Otros hallazgos no neoplásicos. (reporte opcional).
 - Inflamación.
 - Radiación.
 - DIU.
 - Estado de las células glandulares posthisterectomía.
 - Atrofia.

- Otros
- Células endometriales (en mujeres mayores de 40 años)

Anormalidades de células epiteliales

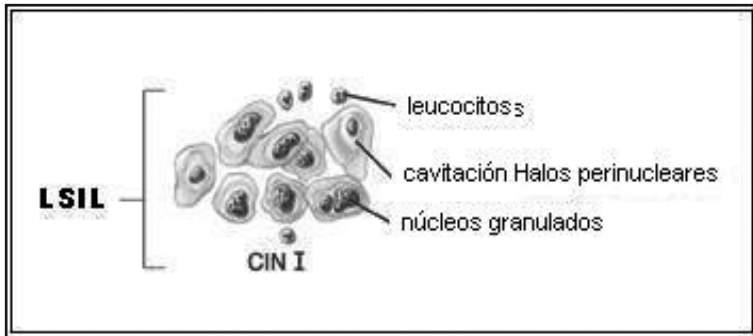
Células escamosas.

ASC: Células escamosas atípicas. Se diagnostican en 2.5-5% de todas las muestras. Las mujeres con diagnóstico de NIC II y III que presentan ASC en el Pap son más numerosas que las mujeres con cualquier otro diagnóstico en el Papanicolaou, pero hay demasiados diagnósticos de ASC, es por eso que se ha decidido la conducta de llamar a nuevo Papanicolaou en 6 meses. El ASC se divide en ASC-US y ASC-H.

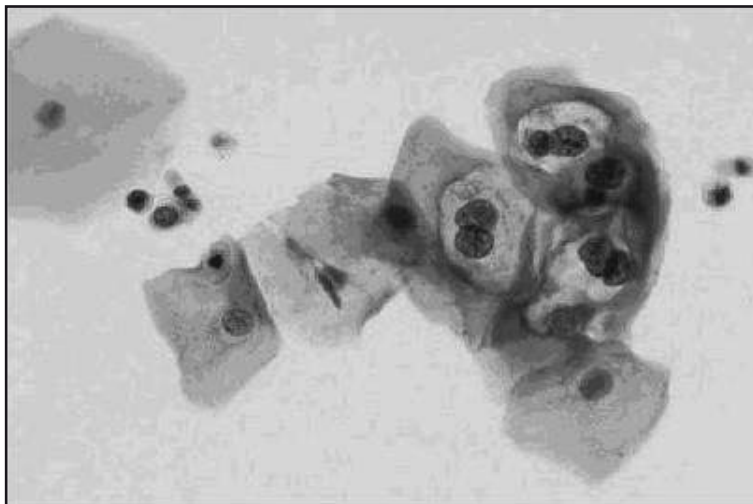


Gráfica 2: ASCUS. Tomado de: Nayar et al. (44)

L-SIL. Lesión epitelial escamosa de bajo grado. Corresponde al 2% de todos los diagnósticos obtenidos por Papanicolaou. 15-30% de estas presentan displasia moderada (NIC II) o avanzada (NIC III) y el 0.1% presenta Ca invasor.

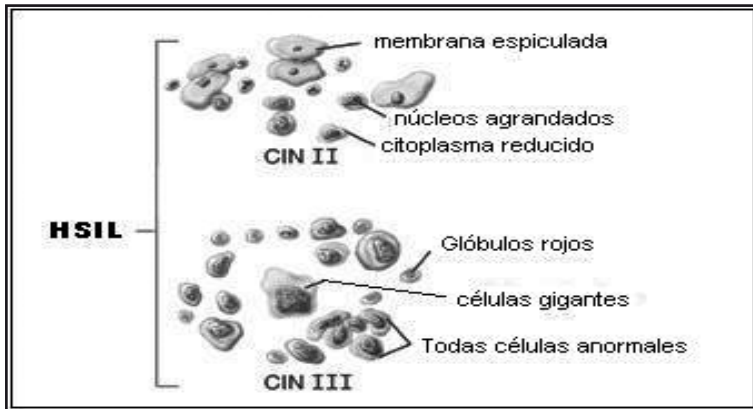


Gráfica 3: Modificado de: Johns Hopkins University and Health System (43).

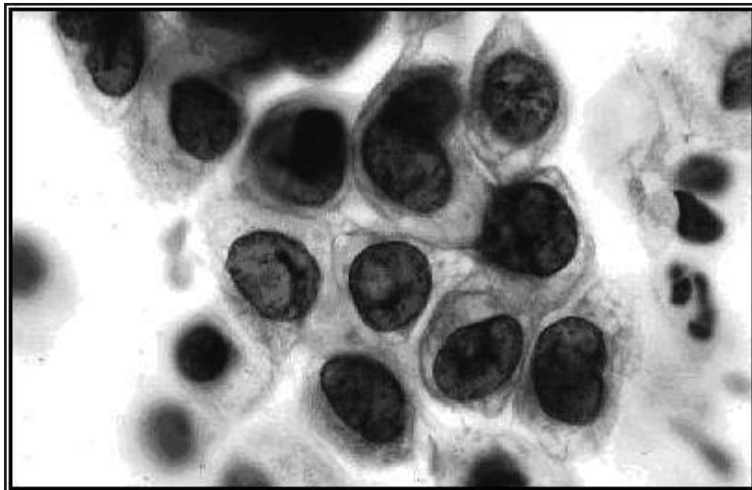


Gráfica 4: LSIL, Tomado de: Nayar et al. (44)

H-SIL. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado. Corresponde 0.5% de todas las muestras de Papanicolaou. El 70% de estas tienen lesiones comprobadas histopatológicamente como NIC II o peor.



Gráfica 5: Modificado de: Johns Hopkins University and Health System (43).



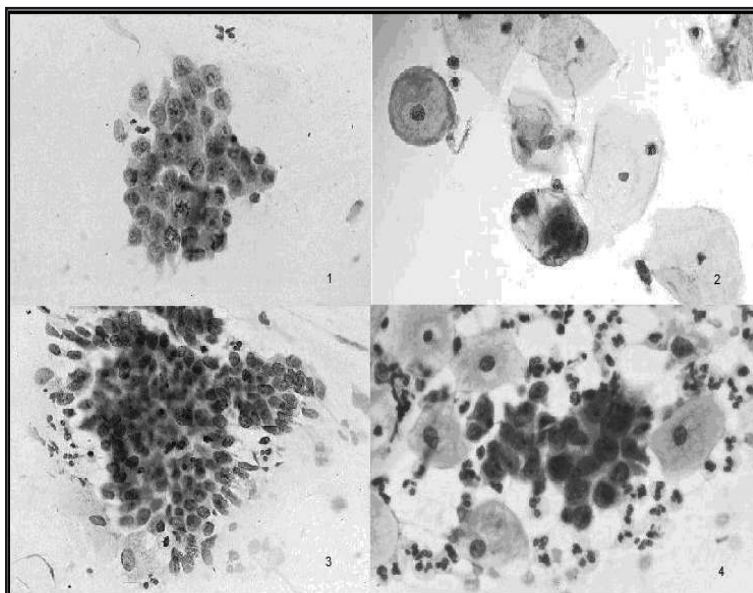
Gráfica 6: HSIL Tomado de: Nayar et al. (44)

Células glandulares

AGC: células glandulares atípicas. Su incidencia es 0.5% de los papanicolaous efectuados. Se habla de que un 56.3% de estos diagnósticos se asocia a lesiones precancerosas, de las cuales un 44% son de origen endocervical y un 56% son de origen endometrial. Un 19.4% de ellas tiene cáncer (ya sea adenocarcinoma de endometrio, carcinoma de células escamosas), un 11.5% tiene lesiones de alto grado, carcinoma in situ, o adenocarcinoma cervical in situ.

Es importante recalcar que el 50% de los pacientes con lesiones precancerosas diagnosticados por Papanicolaous que reportan células glandulares atípicas son asintomáticos. Por lo tanto se recomienda siempre profundizar el estudio de estas lesiones. (14,15,19). Las células glandulares atípicas se dividen en:

- Células glandulares atípicas endocervicales.
- Células glandulares atípicas endometriales.
- Células glandulares atípicas.
- Células glandulares atípicas que favorecen una neoplasia.
- Células glandulares atípicas endocervicales que favorece neoplasia.



Gráfica 7.- 1: Células endocervicales atípicas. 2: Células endometriales atípicas. 3: Células endocervicales atípicas que favorecen una neoplasia. 4: Células glandulares atípicas que favorecen neoplasia. Modificado de: Nayar et al. (44)

Adenocarcinoma endocervical in situ

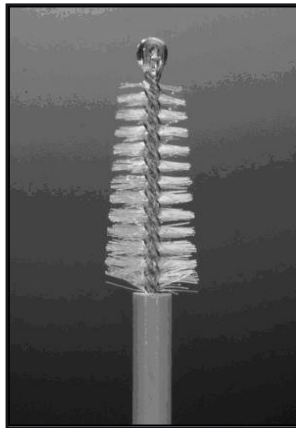
Otras neoplasias (especificar). (35).

Comparación entre los diferentes tipos de reportes.

Clasificaciones citológicas							
Bethesda (2001)	Neg. a malignidad	Camb. Repara.	Anormalidades epiteliales				CA invasor
			ASCUS as-h agc	Lesión intraepitelial escamosa			
				LIEBG (VPH)	LIEAG		
Richart (1993)	Normal	Inflamación	Neoplasia cervical intraepitelial				
			NIC I	NIC II	NIC III		
OMS (1979)	Normal	Inflamación	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia grave	CA in situ	
Papanicolaou (1972)	I	II	III		IV	V	

Gráfica 8: Tomado de: Karina Olivares Montano MD, Patricia Alonso de Ruiz. MD Cervical Cytology *Hospital General de México. Gamo Vol. 5 Núm. Pag 97. 4, Jul-Ago 2006.

El cepillado endocervical.



Gráfica 9. El cepillado endocervical

Técnica para el cepillado endocervical:

Preparación:

Previa a la obtención de una muestra para Papanicolaou o un legrado endocervical, deberemos asegurarnos de que ha finalizado la menstruación 4-5 días antes, indicar a la paciente abstenerse de relaciones sexuales por 48 horas. Debemos recomendar no usar tratamientos tópicos en 5-7 días antes a la prueba (óvulos, espermicidas, cremas vaginales) No debemos hacer exploración bimanual antes de la toma, no usar lubricantes por posible contaminación de la muestra. (7)

Técnica:

1. La paciente se coloca en posición ginecológica.
2. Se introduce el espéculo angulado con la presión hacia abajo, luego se lo endereza para visualizar el cuello.
3. Se introduce el *cytobrush* en el orificio cervical y se da 3 vueltas en dirección a las manecillas del reloj, la sobre-rotación puede causar distorsión en las células, además de sangrado, lo que dificulta la interpretación del extendido.
4. El material obtenido se extiende de forma inversa a como se giró el cepillo.
5. Se realiza fijación inmediata con alcohol 95 % o citospray. (25, 36).
6. Nótese que en la mayoría de institutos, la muestra de cepillado endocervical es tomada en seguida de la muestra obtenida por el Pap con la Espátula de Ayre, de esta manera, cuando realizamos una toma por tamizaje o de seguimiento de citologías normales, utilizamos la mitad de la placa para el Pap y la otra mitad para la muestra de cepillado.

Cuando se requiere una muestra citológica por resultados anteriores anormales, utilizamos 2 placas, una para el Pap, y otra para el cepillado endocervical.

Ventajas del cepillado endocervical

El cepillado endocervical aumenta la posibilidad de obtener células endocervicales aumentando la efectividad de la muestra con un intervalo de confianza del 95%. Los extendidos que contienen células endocervicales tienen mayor capacidad de detectar dyscariosis que aquellos que no lo tienen.

Cuando se lo realiza junto al Papanicolaou con la espátula de Ayre, como test screening de rutina, las NIC pueden ser diagnosticadas 2 veces más frecuente que sin él. (1, 10, 25). Es indiscutible que el cytobrush es un método eficaz para el estudio del canal endocervical, además con este método la muestra es de fácil obtención (27)

Un estudio realizado en Denver, Colorado con 369 pacientes demostró que ni el legrado endocervical ni el cepillado, pasan por alto cánceres invasivos, pero que la sensibilidad del cepillado endocervical resulto del 93% comparada con aquella alcanzada por el legrado endocervical (62%) (11), similares resultados obtuvo un estudio randomizado realizado en Dinamarca con 180 pacientes, en el que se demuestra que el cepillado endocervical alcanza una sensibilidad del 96% comparada con 84% obtenida por el legrado endocervical, y una especificidad de 95% comparada con 88% del legrado

endocervical cuando se asesora colposcópicamente la extracción de biopsias del ectocérvix. (17)

Su uso en una colposcopia satisfactoria con citología de alto grado daría tranquilidad en centros donde se recurre a la histerectomía simple como principal medio terapéutico y/o cuando no se tiene experiencia en colposcopia y es difícil definirla como satisfactoria. (23)

Un estudio randomizado con 124 pacientes demostró que la adición del cepillado endocervical luego del legrado endocervical ayudaría a disminuir el número de muestras insuficientes, en el sentido de que si el material del legrado resulta insuficiente, tendremos el material del cepillado que serviría como guía diagnóstica. Por lo tanto lo propone como una herramienta útil luego del legrado endocervical. (33)

Desventajas del cepillado endocervical

A pesar de que el cepillado endocervical aumente la posibilidad de obtener células endocervicales la evidencia es controversial acerca de si esto aumenta la sensibilidad al detectar neoplasias cervicales. (1) El valor predictivo positivo tanto del legrado como del cepillado endocervical es bajo. (11)

Indicaciones del cepillado endocervical

Se recomienda cribaje con Papanicolaou y cepillado endocervical a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales o a los 21 años, anual si es con citología convencional, cada 2 años si es con citología de base líquida. (7,8)

Un estudio con 369 pacientes que obtuvo una sensibilidad y especificidad mayor en el cytobrush comparados con el legrado endocervical, y VPP, VPN similares, sugiriendo que el cepillado endocervical podría reemplazar al curetaje endocervical en la evaluación colposcópica de un Papanicolaou anormal. (11), y en 1997 la ASCCP recomendó sustituir el legrado endocervical por el cepillado endocervical como screening inicial para las lesiones endocervicales, en base al alto valor predictivo y negativo del cepillado.

Sin embargo, otras bibliografías indican que

1. El cepillo endocervical (*cytobrush*) sólo debe usarse en los casos donde la zona de transformación no es visible. (26)
2. Debe realizarse en todas las pacientes posmenopáusicas (26)
3. Debe usarse en mujeres previamente tratadas por conización u otro procedimiento. (26)
4. Debe realizarse en todas las adolescentes junto a una investigación de HPV puesto que la incidencia de esta infección en este grupo etáreo es alta. (27)

Contraindicaciones del cepillado endocervical

La mayoría de textos básicos y estudios recomiendan evitar el cepillado endocervical durante el embarazo. (14, 16, 26) sin embargo un estudio randomizado prospectivo multicéntrico con 252 mujeres embarazadas sometidas a Papanicolaou mas cepillado endocervical fue llevado a cabo en Utah y demostró que el citobrush es una prueba segura durante el embarazo (28)

Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales, prácticamente no tienen riesgo de cáncer cervical y no necesitan hacerse un Papanicolaou de rutina y por lo tanto no requieren un cepillado endocervical. (4,5)

Cepillado endocervical post cono

En un estudio realizado en 103 pacientes, en los que se realizó un cepillado endocervical y un curetaje endocervical inmediatamente después del LEEP, se encontró que el cepillado endocervical tenía una especificidad del 78-90% y sensibilidad del 88-100% VPP del 44% - 30% y VPN 100-98%, por lo que demostró que la citología evalúa eficientemente el canal endocervical luego de una conización por LEEP. (32)

Legrado endocervical

Concepto

A partir de los 80 el Legrado endocervical se incorporó al protocolo diagnóstico de patología cervical con el fin de descartar con un alto nivel de certeza la presencia de lesiones endocervicales. (34). Es un procedimiento por el que se obtiene una muestra histológica del canal del cuello uterino por medio de un instrumento tubular cortante y angosto que se llama cureta, generalmente se utiliza la cureta de tipo kevorkian 3mm que se la puede introducir sin necesidad de dilatación. (6,13,16)



Gráfica 10. Careta Kevorkian.

Tipos de reporte histológico de legrado endocervical

Debido a la fragmentación y la escasa orientación del material, el diagnóstico histopatológico muy difícilmente será exacto. De ahí, que tenemos 5 posibles opciones a esperar.

1. Negativo: (fragmentos de epitelio escamoso o columnar normal).
2. Cáncer invasor franco.
3. Cierta grado de lesión de CIN, siendo muy difícil distinguir entre I, II y III y se requiere conización para establecer un diagnóstico definitivo.
4. Muestra o material insuficiente.
5. Positivo para HPV (34,13,14,16).

Técnica para el legrado endocervical

Indicaciones previas:

1. Asegurarnos de que ha finalizado la menstruación 4 o 5 días antes, aunque otros autores sugieren realizarlo en el premenstruo inmediato (34)

2. Abstinencia sexual 48h antes.
3. No tratamientos tópicos 5-7 días antes del procedimiento.
4. No exploración bimanual ni lubricantes antes de introducir el espéculo. (7)

Se debe realizar antes de las biopsias ectocervicales bajo control colposcópico para no contaminar inadvertidamente los curetajes con fragmentos de lesión ectocervical, así evitaremos los falsos positivos. Debemos utilizar una cureta kevorkian cortante y angosta (3mm que se la puede introducir sin necesidad de dilatación).

No se utilizara anestesia ni tenáculo para sostener el cuello. Insertamos la cureta hasta el nivel del orificio interno y con golpes firmes y cortos se curetea todo el canal endocervical rodeándolo 2 veces. Debemos asegurarnos de no llevar nunca la cureta fuera del orificio externo. Una vez finalizado el curetaje, mantenemos la cureta dentro del cuello girándola sobre sí misma para llevar la mayor parte de muestra, el material se lo deposita en un frasco con formol al 10% o alcohol al 96% para su fijación. (13,16, 18,34)

Desventajas del legrado endocervical.

A pesar de que es menor que en el citobrush, puede existir contaminación del canal endocervical en pacientes con colposcopia satisfactoria y lesiones no macroscópicamente sugestivas de malignidad. (9)

El valor predictivo positivo tanto del legrado como del cepillado endocervical es bajo. (11)

Hay estudios que indican que los falsos positivos alcanzan un 30% superando a los del cepillado que alcanzan un 28.6%. (12) y que todo legrado endocervical positivo en mujeres con colposcopias satisfactorias y visualización de una mucosa normal en el canal, sin antecedentes de tratamientos previos debe ser considerado como un falso positivo. Sin embargo en otras bibliografías se menciona un 9 – 15% (34)

Los falsos negativos alcanzan un 50% por lo que el legrado endocervical no puede ser un elemento diagnóstico determinante por sí mismo. (34)

La sensibilidad del LEC se reduce, y los falsos positivos aumentan dependiendo del tipo de cureta que se use, técnica del raspado, la extensión de la muestra de acuerdo a la longitud y circunferencia del canal endocervical y la cantidad de moco en este lugar. (21,22,34,23)

En un estudio realizado en Quebec, Canadá, se evaluó el nivel de discomfort expresado por los pacientes durante un cepillado endocervical y un legrado endocervical, resultando estadísticamente similares, lo que desdice nuestro criterio acerca de la incomodidad causada por el legrado endocervical.

Ventajas del legrado endocervical:

Ocasionalmente las colposcopias insatisfactorias se benefician de tener un curetaje endocervical. (9) Un estudio realizado en Denver, Colorado con 369 pacientes demostró que ni el legrado endocervical ni el cepillado, pasan por alto cánceres invasivos, y que la especificidad

del legrado endocervical alcanzaba un 62% excediendo con mucho al cepillado endocervical (25%) en la evaluación colposcópica de un Papanicolaou anormal. (11)

Indicaciones del legrado endocervical

- Algunos recomiendan LEC de rutina para no omitir cáncer oculto, incluso si se visualiza por completo la unión escamo columnar. (34)
- Otros solo lo usan en mujeres con citología sospechosa o positiva y colposcopia no satisfactoria. sin embargo en este caso, un LEC negativo no descarta neoplasia en el conducto cervical. (18), pero debido a su alto valor predictivo negativo, tiene validez para evitar procesos excisionales diagnósticos más invasivos (23).
- Sospecha clínica de un cáncer invasor endocervical (34).
- En pacientes con LSIL que no presente lesión visible en exocérvix o vagina que explique la anormalidad en el Papanicolaou (14).
- En mujeres con Papanicolaou que reporta HSIL y en la colposcopia no se evidencia lesión de alto grado se debe realizar un LEC (14).
- Su uso en una colposcopia satisfactoria con citología de alto grado daría tranquilidad diagnóstica antes de un procedimiento más invasivo, pero hay que tener en cuenta que un resultado negativo no debe ni puede ser tomado en cuenta para la decisión terapéutica. (23)
- A pacientes con ASC-H en el Pap, se les debe realizar colposcopia y LEC (además de determinación de HPV). (14)

- Colposcopia normal, con anomalía citológica, para evaluar adecuadamente el conducto cervical, que puede contener un cáncer invasor oculto o alguna otra lesión.(18)
- citología con lesión glandular, independientemente de los hallazgos colposcópicos. (18,19,20,34)
- Una lesión acetoblanca que se extiende hacia el conducto. Tenemos la opción de hacer un LEC o una conización, sabiendo que el LEC negativo no será un diagnóstico concluyente, por lo tanto nos guiará el momento de realizar la conización. (18)
- HPV positivo para subtipo de alto riesgo sin lesión colposcópica visible (34).
- Se sugiere su uso en el seguimiento de pacientes tratadas por lesión intraepitelial. (34)

Contraindicaciones del legrado endocervical

El legrado endocervical está totalmente contraindicado en mujeres embarazadas, ya que puede ocasionar hemorragia genital, parto pre término, infección, ruptura prematura de membranas. (14,18,34)

Contraindicaciones relativas.

En la guía publicada por la ASCCP (asociación americana de patología cervical y colposcopia) sobre el uso del LEC durante la colposcopia, no se recomienda su uso en:

- colposcopia satisfactoria y citologías con células escamosas atípicas (ASC) o lesiones de bajo grado (LSIL) si hay lesiones visibles, pues la prevalencia de lesiones ocultas en este tipo de alteración es muy baja 1%.

- Cuando existe una colposcopia insatisfactoria y hay lesiones de alto grado, la prevalencia de lesiones ocultas es muy alta (13.9%), y el legrado endocervical, pierde su valor predictivo negativo, dejando de detectar un gran número de lesiones, llevándonos a posibles errores terapéuticos. Es por eso que quizá en esta situación, algunos estudios están en desacuerdo con el ASCCP (que sí lo recomienda pues con un resultado negativo no se omite el cono) y sugieren no realizar un legrado endocervical para así realizar un proceso exicional diagnóstico más seguro como la conización. (23)
- Se ha cuestionado la necesidad del LEC de rutina en los casos en que la lesión y la zona T están limitados al ectocérvix.(13,16)

Se recomienda uso moderado en citologías con lesiones de alto grado (HSIL) si se puede hacer una adecuada valoración endocervical. (24) pues el número de lesiones ocultas en una colposcopia satisfactoria con citología de alto grado, es el doble que las citologías de bajo grado, pero sigue siendo baja 2,7%. (23)

Legrado endocervical postcono

La posibilidad de tener enfermedad residual invasiva luego de una conización está correlacionada con el estatus de los márgenes internos del cono y los resultados del legrado endocervical realizado inmediatamente después de la conización. (29)

Se ha demostrado que la colposcopia satisfactoria durante un LEEP, no es un discriminante adecuado para la

realización de un legrado endocervical, pues el 13% de los pacientes quedaría teóricamente con enfermedad residual si no se realizaría dicho procedimiento. (30)

El legrado endocervical tiene un valor predictivo del 100% vs 47% del resultado histológico de los márgenes del cono al momento de predecir un adenocarcinoma in situ residual, un valor predictivo negativo del 94% vs 57% respectivamente. Por lo tanto se recomienda su uso para evaluar la conización. (31)

Conclusiones

A pesar de revisar cerca de 42 estudios, existe limitada bibliografía acerca del cepillado endocervical y del legrado endocervical, y poca concordancia entre los resultados de los diferentes trabajos revisados.

- El Papanicolaou tomado con la espátula de Ayre junto al cepillado endocervical es el mejor método de cribaje para la población en general.
- Cuando se toma una placa solo con la espátula de Ayre hay muchas posibilidades de encontrar menos cantidad de células endocervicales.
- La citología de base líquida ha demostrado que puede tener menos cantidad de células endocervicales.
- La sensibilidad del cepillado endocervical es mayor que la del legrado endocervical, y la especificidad del legrado endocervical es mayor que la del cepillado endocervical, sin embargo en este último aspecto hay discordancia en los estudios revisados.
- La contaminación es mayor en el cepillado endocervical, pero no debemos olvidarnos que el legrado endocervical también la presenta.

- Tanto el legrado endocervical como el cepillado endocervical tienen VPP bajos y ambos estudios presentan una alta tasa de falsos positivos. (28-30%)
- A pesar de que el LEC presenta menos contaminación, su sensibilidad es dependiente de la técnica de raspado, el tipo de cureta, la extensión de la muestra y la cantidad de moco presente.
- El nivel de disconfort expresado por los pacientes luego de un cepillado endocervical y un legrado endocervical al parecer es igual, sin embargo en el estudio presentado por esta revisión habría que analizar cómo fue la calidad de las muestras obtenidas por aquellos legrados poco dolorosos.

Existe poca concordancia en los trabajos revisados acerca de los siguientes aspectos.

- 1) Realizar o no legrado endocervical de Rutina.
- 2) Pap con HSIL y colposcopia insatisfactoria (¿Un LEC negativo evitaría la conización? O ¿quizá un LEC positivo nos guiaría en la profundidad de la conización?).
- 3) Pap con HSIL y colposcopia satisfactoria. (¿Estaremos seguros de que no hay lesión oculta?)
- 4) lesión acetoblanca que se introduce dentro del canal (¿un LEC negativo evitaría una conización? O ¿es preferible tomar al LEC como un complemento diagnóstico y no como una decisión terapéutica?).
- 5) Cuando la lesión y la zona de transformación está limitada al exocérvix.
- 6) ¿Podría el cepillado endocervical reemplazar al legrado endocervical en la evaluación colposcópica de un Pap anormal?

- 7) ¿Se debe utilizar el cytobrush como método de cribado o solamente cuando la unión escamocolumnar no es visible a simple vista?
- 8) Hay discordancia entre las recomendaciones si se debe o no utilizar el cepillado endocervical durante el embarazo.
- 9) El estudio que trata sobre la citología inmediatamente después de la conización no es concluyente acerca de si es mejor o no, comparada con el legrado endocervical en la detección de recidivas dentro del canal. (32)

Análisis y recomendaciones

Toda placa de Papanicolaou en el screening poblacional debe incluir la muestra tomada con espátula de Ayre más el cepillado endocervical.

Recomendamos que a toda paciente que tenga el Pap positivo para lesiones preinvasoras, o carcinoma de cuello uterino, se le tome una placa individual de cepillado endocervical.

Recomendamos el uso de un cobertor para el cepillo endocervical, para así disminuir el factor contaminación.

Tomar un legrado endocervical a todas las pacientes con cepillado endocervical positivo.

El resultado positivo de la citología por el CEC o la histología por el LEC es un complemento que servirá para optimizar el tamaño y la profundidad del LEEP o Cono quirúrgico.

De acuerdo al análisis bibliográfico estas son las indicaciones inequívocas del legrado endocervical:

- 1) Citología con LSIL o ASCUS y colposcopia insatisfactoria.
- 2) Citología con ASC-H
- 3) Colposcopia normal con anomalía citológica.
- 4) Citología con lesión glandular.
- 5) Se debe realizar inmediatamente después de una conización.

Esta revisión revela una pequeña muestra de lo poco normatizado que se encuentra el uso del legrado endocervical, y de la urgente necesidad de estudios con muestras amplias, randomizados, que nos den luz sobre todo en el aspecto del uso y el sobreuso del legrado endocervical. Otro aspecto que debe ser tomado en cuenta es el tipo de reporte que hacen los patólogos a partir de una muestra de legrado endocervical, pues la literatura demuestra que éste, no puede ser tan preciso, y querer hacerlo quizá lleva a confusión y desviación terapéutica por parte de los ginecólogos.

En lo que refiere al cepillado endocervical pienso que se requiere mejor y mayor evidencia sobre el uso o inclusive el reemplazo al legrado endocervical en ciertos casos, pues si esto se llegase a comprobar, sería prometedor debido a la reducción de costos, malestar al paciente, y simplificación del esquema diagnóstico. Quizá uno de los agravantes más importantes en este método en cuanto a su especificidad es el factor contaminación, por lo tanto deberíamos enfocar nuestros esfuerzos en implementar dispositivos que la disminuyan y en mejorar la técnica, por ejemplo un cobertor móvil sobre las cerdas del cepillo

que disminuya el arrastre de células ectocervicales al endocérnix.

Por último, mientras no exista normatización y estudios concluyentes en los aspectos antes expuestos, es recomendable que cada profesional utilice todas las herramientas disponibles en pos de un diagnóstico más acertado y una terapéutica más temprana.

Bibliografía

- 1.- Steven H Woolf, MD. MPH. Chapter 9. Cervical Cancer. AHRQ Pub. No. 03-515A January 2003.
<http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.pdf>
- 2.- Hockstad RL. A comparison of simultaneous cervical cytology, HPV testing, and colposcopy. Fam Pract Res J 1992;12:53–60.
- 3.- Clarke EA, Anderson TW. Does screening by Pap smears help prevent cervical cancer? A case-control study. Lancet 1979;2:1–4.
- 4.- Cervical cancer screening: summary of an NIH consensus statement. BMJ 1980;281:1264–1266.
- 5.- Canadian Task Force on Cervical Cancer Screening Programs. Cervical cancer screening programs: summary of the 1982 Canadian task force report. Can Med Assoc J 1982;127:581–589.
- 6.- Sociedad Americana del Cáncer Dictionary of cancer terms. acceso 13 mar 09 disponible en;
http://www.cancer.gov/templates/db_alpha.aspx?CdrLD=46438

7.- Lorena Anido Redondo. MD. Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Elvira-Mesoiro, A Coruña. Citología de cérvix o test de. Papanicolaou Actualizada 18/02/2006. - Técnicas en Atención Primaria 2006, acceso: 10.feb.09.Disponible en:
<http://fisterra.com/material/tecnicas/citoCervix/citoCervix.asp>

8.- Sociedad Americana del Cáncer. Prevención y factores de riesgo: cáncer del cuello uterino. internet. American Cancer Society; Noviembre de 2005 [acceso 12 de febrero de 2006]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/>

9.- Spirtos NM, Spirtos NM, Schlaerth JB, d'Ablaing G 3rd, Morrow CP. A critical evaluation of the endocervical curettage. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Southern California School of Medicine, Los Angeles. *Obstet Gynecol.* 1987 Nov;70(5):729-33.

10.- Martin-Hirsch PPL, Jarvis GG, Kitchener HC, Lilford R. Collection devices for obtaining cervical cytology samples. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD001036. DOI: 10.1002/14651858.CD001036.

11.- Terry S. Dunn, MD,* Catherine Stevens-Simon, MD, † Loralie D. Moeller, MD, and Susan Miekke, MD § Comparing Endocervical Curettage and Endocervical Brush at Colposcopy *Department of Obstetrics and Gynecology, † Department of Pediatrics, and ‡ Department of Obstetrics and Gynecology, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, CO; § Center For Disease Control, Division of Reproductive Health, Atlanta, GA. 2005.

12: Klam, Stephanie MD; Arseneau, Jocelyne MD; Masour, Nabil MD; Franco, Eduardo PhD. Ferenczy, Alex MD, Comparison of Endocervical Curettage and Endocervical Brushing. *Obstetrics & Gynecology*; Julio 2000 – Volumen 96. Iss 1. Pag 90-94. Original Research.

13.- John D. Thompson. MD. John A Rock.MD. T Linde. Ginecología Quirúrgica. 7ma edición. Editorial medica Panamericana. Buenos Aires. 1992 Cap 41- Pg 1038.

14.- John A. Rock MD. Howard W. Jones III, MD. Te Linde Ginecología Quirúrgica 9ª edición. Tomo II Editorial medica panamericana. Arg. 2003. Cap 45 pg.1464.

15.- René Scheiden MD. Catherine Wagener MD., Ulrich Knolle MD Walter Dippel. MD.Catherine Capesius MD. Atypical glandular cells in conventional cervical smears: Incidence and follow-up Published: 19 July 2004. *BMC Cancer* 2004, 4:37 doi: 10.1186/1471-2407-4-37 Disponible en: [Http://biomedcentral.com/1471-2407/4/37](http://biomedcentral.com/1471-2407/4/37)

16.- Larry J. Copeland, MD. John F, Jarrell, MD, GINECOLOGIA 2ª Ed. Editorial medica panamericana. ARG. Año 2000. Cap 55. Pg 1342.

17.- MOGENSEN S. T.; BAK M.; DUEHOLM M.; FROST L.; KNOBLAUCH N. O.; PRAEST J.; SVANHOLM H Cytobrush and endocervical curettage in the diagnosis of dysplasia and malignancy of the uterine cervix; *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* ISSN 0001-6349 CODEN AOGSAE., vol. 76, n 1, pp. 69-73 (4 ref.) 1997. Taylor & Francis, Colchester, ROYAUME-UNI (1925) (Revue)

18.- J.W. Sellors and R. Sankaranarayanan Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Beginner's Manual. Capítulo 5; El examen colposcópico paso a paso. Pg 37-44. Lyon 2003/4. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/doc/colpochapteres05.pdf>

19.- Anthony Valdini, MD, MS, Carla Vaccaro, MD, Geoffrey Pechinsky, MD, and Veronica Abernathy, MPH, Incidence and Evaluation of an AGUS Papanicolaou Smear in Primary Care *J Am Board Fam Pract* 14(3):172-177, 2001. © 2001 American Board of Family Practice. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewpublication/67>

20.- Cox JT. Management guidelines for patients with Papanicolaou smears that have atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS). American Society for Colposcopy and Cervical Pathology- ASCCP practice guidelines and management of glandular abnormalities in the cervical smear. *J Lower Gen Tract Dis* 1997;1:41-5, disponible en: http://www.medscape.com/content/2001/00/40/58/405847_ref.html

21.- Andersen W, Frierson H, Barber S, Tabbarah S, Taylor P, Underwood P. Sensitivity and specificity of endocervical curettage and the endocervical brush for the evaluation of the endocervical canal. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:702-7.

22.- Donohue LR, Meriwether W. Colposcopy as a diagnostic tool of cervical neoplasias. *Am J Obstet Gynecol* 1972;113:107-10

23.- GONZALEZ-MAZUELO, Antonio. Efficacy of endocervical curettage in colposcopic assessment of patients having abnormal squamous pap smear. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. [online]. Sept. 2006, vol.57, no.3 [cited 04 May 2009], p.163-170. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000300004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7434

24.- Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twigg LB, Wilkinson EJ; ASSP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002;287:2120-9.

25.- Carmen Guerra Fournier. MD. Comparación de los resultados del cepillado de canal con el estudio histológico en pacientes conizadas "Hospital Docente Materno Infantil "10 de Octubre" Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología v.25 n.2 Ciudad de la Habana mayo-ago 1999

26.- Karina Olivares Montano MD, Patricia Alonso de Ruiz. MD. *Cervical Cytology Hospital General de México. Gamo Vol. 5 Núm. Pag 97. 4, Jul-Ago 2006.*

27.- Dra. Carmén Guerrero Fournier¹y Téc. Georgina Quintana Guirola². *APLICACIÓN DEL CYTOBRUSH EN PACIENTES ADOLESCENTES* Hospital Docente Materno Infantil “10 de Octubre”. La Habana. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(3):171-3

28.- Joyce C. Foster, CNM, PhD, NAP, FAAN, FACNM and Helen L. Smith, CNM, MS USE OF THE CYTOBRUSH FOR PAPANICOLAOU SMEARSCREENS IN PREGNANT WOMEN. *Journal of Nurse-Midwifery* • Vol. 41, No. 3, May/June 1996. by the American College of Nurse-Midwives
Issued by Elsevier Science Inc.

29.-Vincent T. De Vita, Jr. Theodore S. Laurence. Steven. A. Rosenberg. *CANCER Principles and practice of Oncology*. 8th edition Chap 42.2 pg 1506 Pub Lippincott Williams and Wilkins 2008.

30.- Prévost M R; Fung M F; Senterman M; Faught W Should endocervical excision and curettage be done during LEEP? *European journal of gynaecological oncology* 1997;18(2):104-7.

31.- Jayanthi S. Lea M.D. Christine H. Shin M.D, Ellen E. Sheets M.D, Robert L. Coleman M.D. Paola A. Gehrig M.D. Linda R. Duska M.D , David S. Miller M.D. and John O. Schorge M.D Endocervical Curettage at Conization to Predict Residual Cervical Adenocarcinoma *in Situ* *Gynecologic Oncology* Volume 87, Issue 1, October 2002, Pages 129-132 Copyright © 2002 Elsevier Science (USA). All rights reserved.

32.- Tri A. Dinh, Vicki J. Schnadig, Roberto Logrono, Edward V. Hannigan, Joseph T. Santoso. *Using Cytology to Evaluate the Endocervical Canal After Loop Excision*. *Journal of Lower Genital Tract Disease* VOL 6 No 1 Pag: 27-32 año 2002. Department of Obstetrics and Gynecology and; Department of Pathology, The University of Texas Medical Branch, Galveston, TX Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1526-0976.2002.61006.x>

33.- Tate KM, Strickland JL. A randomized controlled trial to evaluate the use of the endocervical brush after endocervical curettage. *Obstet Gynecol.* 1997 Nov;90(5):715-7. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9351750>

34.- Sosa, María Beatriz MD: LEGRADO ENDOCERVICAL; ARTICULO DE ACTUALIZACION. Julio 2002. disponible en: www.gineconet.com. Copyright 2001, Gineconet, S.A.

35. Sasloy D. Runowicz C. Solomon D. et al., American Cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer CA. A. *Cancer journal for clinicians* 52(6): 342-376, 2002. Reproduced with permission from Lippincott, Williams and Wilkins.

36.- Katz, Ingrid T., Wright, Alexi A. Preventing Cervical Cancer in the Developing World. *N Engl J Med* 2006 354: 1110. Disponible en:

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/354/11/1110>

37.- RICCI A, Paolo; PERUCCA P, Ernesto; KOLJANIN V, Josip y BAERISWYL T, Eduardo. CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA: REVISIÓN DE LA HISTORIA Y LOS ESTUDIOS AL RESPECTO. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2004, vol. 69, no. 3 [citado 2009-05-24], pp. 256-262. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300014&lng=es&nrm=iso >. ISSN 0717-7526.

38.- Soost HJ, Lange HJ, Lehmacher W.; Ruffing-Kullmann B. The validation of cervical cytology. Sensitivity, specificity and predictive values. *Acta Cytol* 1991; 35(1):8-14.

39.- "liquid-based cytology." *A Dictionary of Nursing.* Oxford University Press. 2008. Retrieved May 24, 2009 from [Encyclopedia.com](http://www.encyclopedia.com):

<http://www.encyclopedia.com/doc/1062-liquidbasedcytology.html>

40.- Guglielmo Ronco, Jack Cuzick, Paola Pierotti, Maria Paola Cariaggi, Paolo Dalla Palma, Carlo Naldoni, Bruno Ghiringhella, Paolo Giorgi-Rossi, Daria Minucci, Franca Parisio, Ada Pojer, Maria Luisa Schiboni, Catia Sintoni, Manuel Zorzi, Nereo Segnan, and Massimo Confortini Accuracy of liquid based versus conventional cytology: overall results of new technologies for cervical cancer screening: randomised controlled trial
BMJ, Jul 2007; 335: 28.

41.-Joël Coste, Béatrix Cochand-Priollet, Patricia de Cremoux, Catherine Le Galès, Isabelle Cartier, Vincent Molinié, Sylvain Labbé, Marie-Cécile Vacher-Lavenu, Philippe Vielh Cross sectional study of conventional cervical smear, monolayer cytology, and human papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening.
BMJ 2003;326:733, doi: 10.1136/bmj.326.7392.733

42.- Jie Zhu, Ingrid Norman, Kristina Elfgrén, Vera Gaberi, Bjorn Hagmar, Anders Hjerpe, Sonia Andersson. A comparison of liquid-based cytology and Pap smear as a screening method for cervical cancer. ONCOLOGY REPORTS 18: 157-160, 2007.
Disponibile en:
<http://www.spandidos-publications.com/or/18/1/157>

43.- Johns Hopkins University and Health System. *What are the results of Pap tests and what do they indicate?* Baltimore, Maryland 21287 USA 2000. Disponibile en:
www.hopkinsmedicine.org/.../diagnosis_1.htm

44.- Ritu Nayar, MD. Diane Solomon, MD THE BETHESDA SYSTEM WEBSITE ATLAS. American Society of Cytopathology. 2002. Disponibile en:
<http://nih.techriver.net/view.php?patientId=205>

Tuberculosis diseminada en paciente adulto desnutrido

Patricia Molina Maldonado

Médica graduada en la Universidad del Azuay

Resumen

La tuberculosis sistémica es una enfermedad infecciosa en la cual existe una diseminación de bacilos ácido alcohol resistentes, desde el lecho pulmonar a cualquier parte del organismo, ya sea por vía hematogena o linfática, teniendo preferencia por órganos mayormente irrigados. Esta patología disminuyó su prevalencia en los últimos años, incluso en los países en vía de desarrollo, sin embargo con la aparición del VIH, tratamientos inmunosupresores, migración y crecimiento de la población, se ha mostrado un aumento en su incidencia presentándose oligosintomática y requiriendo mayor estudio para poder llegar al diagnóstico, razón por la cual presentamos a continuación un caso clínico de un paciente adulto, desnutrido, indigente, que inició un cuadro de compromiso del estado general enfocándose en el tracto gastrointestinal. Durante su estudio se evidenció la diseminación del bacilo de Koch en diferentes partes de su cuerpo. Se continuó con tratamiento y evolución hasta su alta.

Abstract

The miliary tuberculosis is an infectious disease which presents a hematogenous or lymphatic dissemination of Koch bacilli from pulmonary bed into mostly vascularized

organs. This pathology prevalence decreased in the last few years, even though with the new HIV era, immunosuppressant treatments, migration and population growing, its rates have evidently increased and with oligosinthomatic presentation, requiring more studies to get diagnosed. Next, we present a case of an adult, malnourished, homeless patient, with general compromise focusing on gastrointestinal involvement. During his evaluation we evidence the Koch Bacilli dissemination overall his body. We continued his treatment until discharge.

Introducción

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Habitualmente la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano.

La tuberculosis es una enfermedad que se conoce de larga data, siendo evidenciada en restos paleontológicos precolombinos, nombrada en la Biblia en los libros del antiguo testamento, pasando por Europa como un grave problema de salud durante la revolución industrial, cobrando miles de muertes en el mundo Occidental durante los siglos XVII y XVIII, hasta encontrarse en período de remisión; hasta nuestros días, cuando por la alta prevalencia e incidencia de VIH y la migración, las tasas han ido en ascenso nuevamente.

El médico inglés Benjamín Martenl fue el primero en aventurar que la causa de la tuberculosis podría ser una “diminuta criatura viviente”, que habitando el organismo, podría generar los signos y síntomas de la enfermedad. Robert Koch, en 1882, al utilizar una nueva técnica de tinción, fue el primero que por fin pudo ver al “enemigo oculto”.

Durante la II Guerra Mundial se descubre que esta enfermedad podría ser modificada con la estreptomocina, progresando a grandes pasos hasta 1952 con el desarrollo de isoniacida y la aparición de rifampicina en la década de los 60, acortando regímenes terapéuticos.

Según cifras de la OMS, un tercio de la población mundial está infectada por bacilo tuberculoso, teniendo en cuenta que cada segundo se produce una nueva infección en el mundo. En América se encuentra una incidencia de 352 casos por cada 100.000 habitantes y prevalencia de 448 cada 100.000 habitantes, siendo las áreas de mayor número en Asia Suroriental y África Subsahariana.

En Chile durante el año 2000, las expectativas de “umbral de etapa de eliminación” fueron muy alentadoras, esperando cumplir su objetivo de eliminación para el año 2019, sin embargo en el 2002 hubo un aumento claro de casos, lo que lleva a la preocupación de reaparición de la enfermedad.

Los grupos de mayor riesgo y transmisión son: pacientes con VIH, migrantes de áreas de alta prevalencia, clase socio-económica baja (desnutrición/hacinamiento), niños, residentes en instituciones cerradas, drogas parenterales, pacientes con condiciones de inmunosupresión.

La principal vía de contagio es respiratoria, sin embargo esta enfermedad puede volverse sistémica o miliar cuando un foco necrótico erosiona un vaso sanguíneo y una gran cantidad de bacilos tuberculosos entran al torrente sanguíneo, diseminándose por todo el organismo. (meninges/renal/intestinal/óseo/articular).

La tuberculosis (TB) extrapulmonar supone el 10-20% del total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes, aunque esta frecuencia de presentación se incrementa notablemente en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. Se debe a un aumento en el número de bacilos circulantes y deficiente reacción del huésped. Si exceptuamos la afectación pleural, la localización más frecuente es la ganglionar (25%), seguida de la urogenital (8-10%), gastrointestinal (5%) y la osteoarticular (2%), siendo el resto de localizaciones muy infrecuentes.

A continuación se presenta el caso de un hombre adulto, indigente, desnutrido que presenta gran compromiso del estado general, dolor abdominal y fiebre.

Caso Clínico

Anamnesis. Paciente sexo masculino, 44 años, indigente, con antecedente de tabaquismo, abuso de alcohol y desnutrición calórico-proteica. Refiere cuadro de 2 semanas de evolución, caracterizado por dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio, de tipo punzante, intensidad EVA 8/10, que empeora en

la noche y con reposo, sin irradiación. Evoluciona con intensificación del dolor y agregándose náuseas, vómitos postprandiales, diarrea, gran compromiso del estado general y sensación febril por lo que consulta al servicio de urgencia. Al interrogatorio dirigido refiere sudoración nocturna y baja de peso de aproximadamente 25 kg en los últimos 3 meses, sin otros síntomas asociados.

Examen físico. Peso 42Kg, índice de masa corporal: 16 (Kg/m²), signos vitales: pulso 120 por min, normotenso, febril: 39°C axilar, frecuencia respiratoria: 30 por min. Pálido, deshidratado, sin adenopatías palpables, sin soplos ni crépitos pulmonares, con abdomen con resistencia aumentada difusa y dolor a la palpación de epigastrio, Blumberg (+), sin visceromegalia.

De los exámenes iniciales (tabla 1) destaca; anemia moderada normocítica-normocrómica, trombocitosis: 633.000, elevación de parámetros inflamatorios VHS: 49 y Proteína C Reactiva (PCR): 148, hipoalbuminemia, y piuria aséptica.

Tabla 1.
Exámenes de ingreso

Hemoglobina	9.2
Hematocrito	27.8
VCM	78
VHS	49
PCR	148
Glóbulos blancos	7400
Segmentados	66%
Linfocitos	19%
Monocitos	12%
Plaquetas	633000
Proteínas T	5.4 gr/dl
Albúmina	3.1 gr/dl
Na+	127 mEq
K+	4.4 mEq
Cl-	97 mEq
BUN	7mg/dl
Creatinina	1.01 mg/dl
Bilirrubina T	0.3 mg/dl
TGO	12UI/L
TGP	9UI/L
Fosfatasa alcalina	109UI/L

Dentro de los exámenes imagenológicos destaca: Radiografía de tórax (Figura 1) condensación lóbulo superior izquierdo (LSI) de aspecto cavitario, en TAC de Tórax (Figura 2) se observa imagen compatible con Bronquiolitis de ambos lóbulos superiores con cavernas apicales izquierdas. En el TAC de Abdomen y Pelvis (Figura

3) se observa dilatación de asas de intestino delgado sin factor obstructivo identificable, múltiples adenopatías retro peritoneales, engrosamiento parietal de vejiga urinaria, asociado a hidrouréteronefrosis y engrosamiento parietal de uréter derecho.

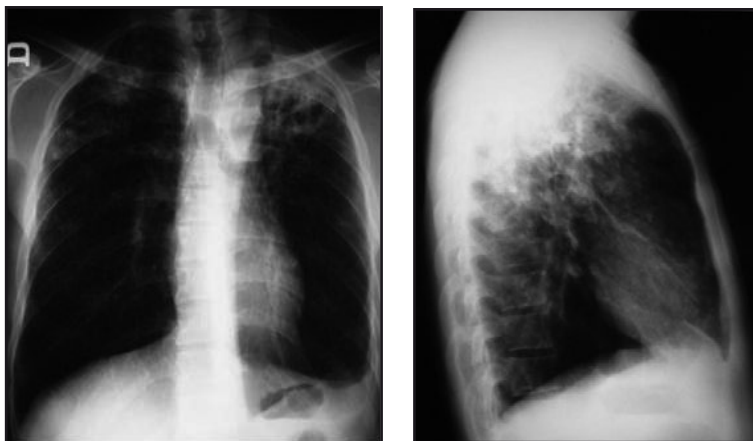


Figura 1. Radiografías postero anterior y lateral de Tórax. Destaca condensación alveolar apical bilateral asociada a imágenes de aspecto cavitario, de predominio en Lóbulo superior izquierdo

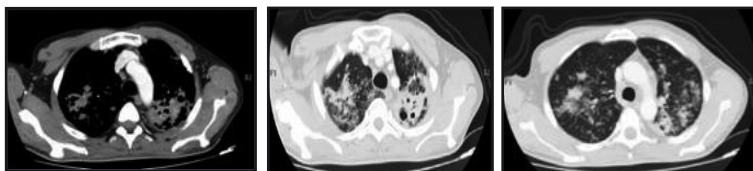


Figura 2. Tomografía computada de Tórax. Bronquiolitis de predominio lóbulos superiores con focos de condensación pulmonar y cavernas apicales izquierdas.

En ambos lóbulos superiores se identifican imágenes de “árbol en brote”, indicando ocupación de vía aérea pequeña, que tienden a confluir hacia ambos vértices pulmonares donde existen claros focos de condensación pulmonar con broncograma aéreo. En el vértice pulmonar izquierdo

además existen cavidades aéreas de paredes gruesas, la de mayor tamaño de 2 cm, compatibles con cavernas.

Lo anterior sugiere origen infeccioso del cuadro orientando como primera posibilidad a tuberculosis por lo que se realiza fibrobroncoscopía más lavado broncoalveolar que resultó con baciloscopías negativas, sin lesiones bronquiales y prueba de reacción a Tuberculina: No reactiva. Además Test Elisa para VIH: negativo.

El paciente evoluciona con desaparición espontánea de los síntomas peritoneales pero con persistencia de epigastralgia con fiebre intermitente, diarrea y marcado compromiso del estado general por lo que se solicitó endoscopia digestiva alta (Figura 4) observando una úlcera esofágica en tercio inferior de superficie irregular de bordes mamelonados, estómago y duodeno sin lesiones.

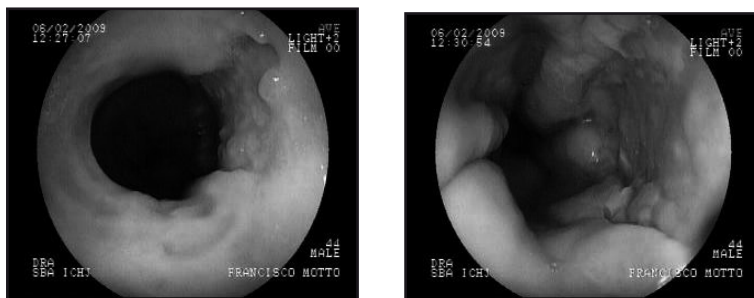


Figura 4. Endoscopia digestiva alta.

Úlcera esofágica en tercio esofágico inferior. Se observa gran lesión ulcerada que compromete el 24% de la circunferencia, de bordes solevantados, lisos, no infiltrativos, con fondo fibrinoso.

Además se solicitó colonoscopia (no se dispone de imágenes) en la que se observaron una úlcera en íleon distal de bordes solevantados y dos úlceras en colon ascendente de bordes solevantados cubiertas con fibrina.

Las biopsias de Esófago (Figura 5) informaron: mucosa esofágica con inflamación crónica granulomatosa con presencia de bacilos alcohol-ácido resistente de tipo tuberculoso. Las biopsias de colon (Figura 6) informaron: Colitis crónica activa ulcerada, con inflamación granulomatosa y presencia de bacilos ácido alcohol resistentes de aspecto tuberculoso.

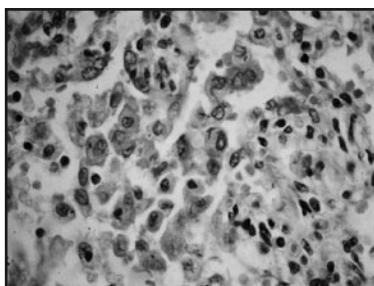


Figura 5. Biopsia de esófago.

Úlcera esofágica activa granulomatosa con presencia de bacilos alcohol – ácido resistente tipo tuberculoso.

Mucosa esofágica con inflamación crónica y granuloma no necrotizante con células gigantes. Además se visualizan bacilos alcohol – ácido resistentes intra citoplasmáticos

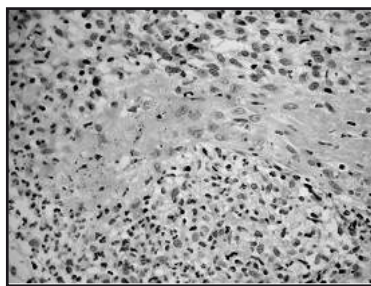


Figura 6. Biopsia de mucosa colónica.

Colitis crónica con inflamación granulomatosa y presencia de bacilo ácido-alcohol resistente.

Mucosa colónica con inflamación crónica y aguda granulomatosa no necrotizante. Presencia de células gigantes y bacilos de Koch, además de exudado fibrino leucocitario.

Paralelamente se solicitaron 6 baciloscopias en orina resultando positivas +++ y posteriormente a los 30 días, el cultivo de Koch del lavado broncoalveolar resultó positivo.

Con estos antecedentes se configuró el diagnóstico de: tuberculosis sistémica con compromiso objetivado a nivel pulmonar, en tubo digestivo y en tracto urinario, por lo que se inicia tratamiento antituberculoso habitual.



Figura 3. Tomografía computada de abdomen y pelvis. Hidroureteronefrosis derecha, nefrolitiasis izquierda, engrosamiento parietal vesical y dilatación de asas intestinales.

Se observan múltiples adenopatías retro peritoneales, intercavo aórticas, para aórticas izquierdas, en hilio renal izquierdo y mesentéricas. Moderada dilatación de asas intestino delgado con contenido líquido en su interior. Engrosamiento parietal de vejiga con aspecto “acartonado”, asociado a hidroureteronefrosis y engrosamiento parietal de uréter derecho.

El paciente evoluciona con remisión de la fiebre, disminución del dolor abdominal y aumento del apetito, tras lo cual sufre un episodio súbito de perforación intestinal lo que motivó una intervención quirúrgica. Posteriormente evoluciona en buenas condiciones, con ganancia de peso progresiva y resolución del cuadro inflamatorio.

Discusión

La tuberculosis extra pulmonar se presenta en orden de frecuencia: ganglionar, urogenital, gastrointestinal, osteoarticular.

Por su baja incidencia, la tuberculosis extra pulmonar es una entidad poco diagnosticada, a más de encontrarse en sitios de difícil acceso, los exámenes cuentan con baja sensibilidad y especificidad, siendo la prueba de oro el cultivo de Koch, para lo que se debe esperar aproximadamente 3 semanas, tiempo valioso en el que podría iniciarse terapia precoz.

Sin embargo la realización de PCR y ADN de *Mycobacterium Tuberculosis* son estudios con alta especificidad (67% - 100%) y resultados en 72 horas, que nos podrían ayudar a un diagnóstico temprano, pero que no deben sobreestimarse ante el cultivo de Koch.

La tuberculosis gastrointestinal puede tener origen por cuatro mecanismos: deglución del esputo, diseminación hematogena pulmonar, ingesta de alimentos contaminados o diseminación por continuidad. Los pacientes sintomáticos presentan dolor abdominal en 80%, sus exámenes imagenológicos son inespecíficos siendo el diagnóstico diferencial la Enfermedad de Chron. La visión directa de las úlceras mediante endoscopia y/o colonoscopia más las biopsias para histopatología y cultivo hacen el diagnóstico de esta entidad.

A nivel genitourinario, la tuberculosis puede presentarse décadas después de la primo infección, generalmente con examen de orina con hematuria, leucocitua y urocultivo negativo (piuria aséptica). Las baciloscopias en orina pueden tener falsos negativos y los urocultivos ser positivos en solo un 30% - 40% de las muestras. Si la enfermedad no es tratada a tiempo puede afectar la función renal, llegando al requerimiento de diálisis.

Conclusión

El caso presentado anteriormente nos lleva a pensar que ante un enfermo oligosintomático no se debe descartar una causa tuberculosa sistémica, a pesar de ser inmunocompetente y sin sintomatología pulmonar. Además hay que tener presente que el índice de masa corporal y el estado nutricional de un paciente son fundamentales para pensar en enfermedades oportunistas.

Se debe realizar los estudios pertinentes y el inicio de terapia antituberculosa a la brevedad posible, ya que esta infección puede causar daño permanente de ciertos órganos, disminuyendo la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. P. Fanlo, G. Tiberio. Tuberculosis Extra pulmonar. Anales 2007. Vol. 30. Versión electrónica.
2. Bresky R. G., Silva Z. N., Madariaga G. N. Esofagitis Tuberculosa en Pacientes VIH. Rev. Méd Chile 2007; 135: 1323-1326
3. John B. Bass, C. Fordham von Reyn, Elinor L. Baron. Up to Date, Epidemiology of Tuberculosis. Last literature review 16.3. Last updated Sep 3, 2008
4. Nesli Basgoz, C Fordham von Reyn, Elinor L Baron. Up to Date, Clinical manifestations; diagnosis; and treatment of miliary tuberculosis. Last literature review version 16.3. Last updated: March 28, 2008
5. Burton D Rose, C Fordham von Reyn, Gary C Curhan, Elinor L Baron. Up to Date, Renal disease in tuberculosis. Last literature review version 16.3. Last updated: June 5, 2007
6. Louis-Michel Wong Kee Song, Norman E Marcon, Stephen B Calderwood, Elinor L Baron. Up to Date, Tuberculous enteritis. Last literature review version 16.3. Last updated: May 29, 2007
7. John B Bass, C Fordham von Reyn, Elinor L Baron. Up to Date, BCG vaccination. Last literature review version 16.3. Last updated: September 23, 2008
8. Charles S Dayton, J Scott Ferguson, Douglas B Hornick, Michael W Peterson, C Fordham von Reyn. Elinor L Baron. Up to Date, Interactive interpreter of the tuberculin skin test (PPD) reaction. Last literature review version 16.3. Last updated: October 26, 2007

9. Farga C. V., Zuniga G. M. Situación de la tuberculosis en Chile-2002 y su posible evolución. Rev. Chil Enf Respir 2003; 19: 179-191
10. Polanco A. Tuberculosis. Trabajos Monografías.2007. Versión electrónica.
11. Zúñiga Gajardo M., Yáñez del Villar A., Pickett Sepúlveda A., Torres Gaete Z., Peña Mantinetti C. Programa de Control y Eliminación de Tuberculosis. PROCET. Guías 2006
12. Glenn Thomas. Tuberculosis. Nota descriptiva OMS N°104. Revisada en marzo de 2007

**PARTO PREMATURO,
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Y SOCIOCULTURALES EN EL
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA IESS
CUENCA – ECUADOR
DE ENERO DE 2006 A DICIEMBRE
DE 2008**

Pablo Benenaula Bojorque
Médico graduado en la Universidad del Azuay

RESUMEN

Objetivo

Con esta revisión se propone definir el estado epidemiológico actual del parto prematuro en el Hospital José Carrasco Arteaga y determinar la influencia del nivel sociocultural, las infecciones vaginales y las infecciones de vías urinarias en general, como factores relacionados para el desarrollo de esta patología.

Métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo retrospectivo observacional en el Hospital José Carrasco Arteaga IEES de Cuenca, se consideró a las pacientes que presentaron parto prematuro entre las 20 a 36.6 semanas de gestación con producto vivo o muerto, durante el periodo comprendido entre 1/Enero de 2006 a 31/Diciembre de 2008. La información se obtuvo de los expedientes del área de obstetricia y neonatología del HJCA, se hizo la tabulación de los datos utilizando el programa Microsoft Excel 2007.

Resultados

De un total de 2.327 partos en el HJCA, se registraron 92 (3,95%) PP. Se descartaron para aislar factores de

riesgo relacionados a parto prematuro de 29 de las 92 fichas, pues sus expedientes no se hallaron, estaban ilegibles o faltaban datos al momento de la búsqueda, quedando 63 fichas (68,4% del total de partos prematuros) para su análisis. La edad media materna fue de 29 años y del producto de 33,13 semanas de gestación, mayor prevalencia de recién nacido prematuro RNPT masculino con 52,17% (48/92) sobre RNPT femenino 47,83% (44/92). El nivel socioeconómico de las madres en cuestión no puede ser especificado pues en la mayoría de los registros no llevaban esta variable, sin embargo se observó que la mayor parte de pacientes alcanzó los estudios secundarios 44,44% (28/63) seguidos de los primarios 28,57% (18/63), y superiores 26,98% (17/63). Los factores asociados al parto prematuro fueron: infecciones vaginales presentes en 49,21% (31/63), infecciones del tracto urinario superior o inferior en 42,86% (27/63) de las pacientes, así como RPM 11,11% (7/63), embarazos gemelares en el 12,70% (8/63).

Palabras Clave

Hospital José Carrasco Arteaga: HJCA

Parto Pretérmino: PP

Ruptura Prematura de Membranas: RPM

**PREMATURE CHILDBIRTH, CLINICAL AND
SOCIOCULTURAL CHARACTERISTICS IN THE
JOSÉ CARRASCO ARTEAGA HOSPITAL
CUENCA – ECUADOR
FROM JANUARY 2006 TO DECEMBER 2008**

ABSTRACT

Objective

This revision intended to be defined the current epidemic state of the premature childbirth in the José Carrasco Arteaga Hospital and to determine the influence of the sociocultural level, the vaginal infections and the urinary tract infections in general, as related factors for the development of this pathology.

Methods

We was carried out an observational retrospective descriptive traverse study in the José Carrasco Arteaga Hospital IEES of Cuenca, was considered case the patients that presented premature childbirth between 20 to 36.6 weeks of gestation with alive or dead product, during the period understood from January 1 2006 to December 31 2008. The information was obtained from obstetrics and neonatologist files of the JCAH, the data tabulation was made using the program Microsoft Excel 2007.

Results

Of a total of 2327 childbirths in the JCAH, they registered 92 (3,95%) PTB. From this group of 92 patients, 29 were discarded, because their files were illegible or they missed data in the search moment, being 63 records (68,4% of the total premature childbirths) for their analysis. The average mother's age was 29 years and the product was 33,13 weeks of gestation, the prevalence of masculine PTB 52,17% (48/92) was bigger to the PTB feminine 47,83% (44/92). The mother's socioeconomic level in question was could not be specified because in the most files, this variable didn't present, however was observed that most of patients reaches the secondary studies 44,44% (28/63) followed by the primary 28,57 % (18/63), and superiors 26,98% (17/63). The associated factors to the premature childbirth were: vaginal infections, present in 49,21% (31/63), urinary superior or inferior tract in 42,86% (27/63) of the patients, as well as PRFM 11,11% (7/63),twins pregnancies in 12,70% (8/63).

Key words

José Carrasco Arteaga Hospital: JCAH

Preterm births: PTB

Premature rupture of fetal membranes: PRFM

INTRODUCCIÓN

Los partos prematuros representan cerca del 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400000 mueren antes de cumplir cinco años, 270000 en el primer año de vida, 180000, durante el primer mes de vida y 135000, por prematuridad)¹. La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo),^{2,3} entre quienes una quinta parte no supervive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual, auditivo, retraso mental y parálisis cerebral)⁴.

La incidencia de PP en distintos países como Estados Unidos en el 2000 de 11,6%,⁵ fue mucho más alta que

- 1 Institute of medicine of Medicine Behrman RE, Stith BA, editors. Preterm birth causes, consequences, and prevention Washington, DC: The National Academies Press, 2006
- 2 Hollier LM. Preventing preterm birth: what works, what doesn't. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60:124-31.
- 3 Oviedo CH, Lira PJ, Ito NA, Grosso NEJM Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75 (01).
- 4 Rivera L, Fuentes Román ML, Esquinca-Albores C, Abarca FJ, Hernández Girón C Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, Mexico *Rev Saúde Pública* 2003;37(6):687-92
- 5 Mc Dorman MF; Minino AM; Strobino DM y Guyer B. Annual summary of vital statistics 2001. *Pediatrics* 2002; 110 (6): 1037-52

la de Suiza, 5,6%⁶ Estas cifras se han incrementado en la última década en USA y Canadá⁷. En USA la tasa de PP se ha incrementado de 9,4% en 1981, a 10,6% en 1990 y 11,6% en el 2000⁷. Entre la población blanca, no hispana la tasa de PP ha aumentado desde el 8,5% en 1990 a 10,4% en el 2000, pero ha disminuido en la población de raza negra desde 18,9 % en 1991 a 17,3% en el 2000. Algunas excepciones de estabilización o incremento de la tasa de PP son Francia^{8,9}, Finlandia¹⁰ y más recientemente Suiza que han reportado disminución de la incidencia de PP. Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y comunidades.

A pesar del progreso de las tecnologías para su detección y los tratamientos establecidos, su frecuencia aumenta sobre todo por infecciones durante el embarazo que pueden identificarse y tratarse oportunamente en los cuidados prenatales.

-
- 6 Morken NH, Kallen k, Hagberg H, Jacobsson B, Preterm birth in Sweden 1973-2001 rate, subgroups and effect of changing patterns in multiple births, maternal age and smoking. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004 in Press
 - 7 Joseph KS, Kramer MS, Marcous S, Obisson A, Wen SW, Allen A, Platt R. Determinants of preterm birth rates in Canada From 1981 through 1993 and from 1992 through 1994 *N Engl J Med* 1998; 339(20): 143 4-9.
 - 8 Papienik E, Bouyer J., Dreyfus J, Collin D, Winisdorffer G, Lecomte M, Lazar P, Prevention of preterm births a perinatal study in Haguenau, France *Pediatrics*1985;76(2): 154-8.
 - 9 Breart G, Blondel B, Tuppin P, Grandjean H, Kaminski M, Did preterm deliveries continue to decrease in France in the 1980s? *Paediatr Perinat Epidemiol* 1995; 9(3): 296-306
 - 10 Olsen P, Laura E, Rantakallio P, Jarvelin MR, Sarpola A, Hartikainen AL, Epidemiology of preterm delivery in two birth cohort with an interval of 20 years *Am J Epidemiol* 1995;142(11);1184-92

Además el parto pre-término es un problema de salud principalmente en los países subdesarrollados y entre personas de niveles socioeconómico y cultural bajo, donde las pacientes por descuido personal o falta de conocimientos están expuestas a una serie de factores desencadenantes de la patología. Es muy importante resaltar que a nivel local, ni nacional no existe una verdadera base de datos estadísticos, ni estudios que aborden la problemática antes mencionada, lo cual lleva a una falta de implementación de recursos para la prevención de esta patología, por estas razones es necesario cuantificar el problema para tener conocimiento de la magnitud del mismo y tratar de corregir ciertos factores modificables.

Las causas que determinan esta patología pueden ser múltiples y variadas, entre las descritas y más importantes en la bibliografía actual se incluyen la inmadurez física, pelvis y genitales no desarrollados, estrechez del canal de parto, nivel socioeconómico y cultural bajo, la edad y los problemas psicosociales, las infecciones del tracto urinario. Los signos y síntomas más comunes con los que se manifiesta suelen ser: concentraciones dolorosas o indoloras, presión pelviana, flujo vaginal acuoso o sanguinolento y dorsalgia. El diagnóstico se realiza a través del examen físico principalmente donde casi todos los investigadores concuerdan en que la mujer con menos de 37 semanas de gestación con contracciones y dilatación cervical de 3 cm. y borramiento del 80% debe considerarse en trabajo de parto prematuro sin esperar cambio adicional. El tratamiento va dirigido a tratar la causa, siendo el reposo en combinación con la útero-inhibición y el parto atraumático el más utilizado.

CAPÍTULO 1

PARTO PRETÉRMINO

El parto pretérmino es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. El parto pretérmino y sus secuelas a corto y largo plazo constituyen un serio problema en cuanto a mortalidad, discapacidad y costo a la sociedad. Aproximadamente 75% de las muertes perinatales se producen en niños nacidos prematuramente¹¹.

1.2 Concepto

1.2.1 Parto pretérmino: Se define como el parto que se produce entre las 28 y las 37 semanas de embarazo.

1.2.2 Parto inmaduro: Es el parto que ocurre entre las 20 semanas y las 28 semanas de embarazo. Antes de las 20 semanas hablamos de aborto y no de parto.

1.2.3 Amenaza de parto pretérmino: Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 28 y las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino.

11 Slattery MM and Morrison JJ Preterm delivery Lancet; 360: 1489-97, 2002.

1.3 Diagnóstico correcto de la amenaza de parto prematuro:

Es difícil la diferenciación precoz entre el trabajo de parto verdadero y el falso.

No se puede usar como único criterio diagnóstico las contracciones uterinas, ya que se produce un error en el 70% de los casos. Aunque la posibilidad de parto prematuro se incrementa con el aumento de frecuencia de contracciones uterinas, la medición de esta frecuencia no es clínicamente útil para predecir el parto pretérmino¹².

La modificación del cérvix uterino es el criterio más fiable.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos citado por *Williams 2001*¹³, recomendó definir con precisión la amenaza de parto prematuro antes de iniciar la tocólisis:

- 1 **Presencia de contracciones uterinas regulares (4 en 20 minutos) junto con modificación cervical documentada** (dilatación mayor de 3 cm. y borramiento cervical apreciable, mayor del 80%).
- 2 Si no se consiguen demostrar las contracciones con la monitorización, la palpación de la actividad uterina es muy segura o confiable¹⁴.

12 Iams JD et al Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. N. Engl J Med; 346: 250-5, 2002.

13 Impson KR Perinatal nursing (2ª edición) Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001.

14 A collaborative project of the society of obstetricians and gynaecologists of Canada. Preterm Birth: making a difference. Clinical practice guidelines. 1-22, 2002.

- 3 La medición de la longitud cervical por ultrasonidos puede ser usada como un método complementario en el estudio de una mujer con sospecha de amenaza de parto prematuro (*Obstetricians and Gynecologists of Canada 2002*)¹⁵. Requiere una pericia especial y hay la posibilidad de hallazgos falsamente tranquilizadores debido a dificultades anatómicas o técnicas (Williams, 2001)

Además de las contracciones uterinas dolorosas o indoloras hay otros síntomas asociados en forma empírica con el parto pretérmino inminente, como la presión a nivel pelviano, los dolores cólicos de tipo menstrual, el flujo vaginal sanguinolento o acuoso y el dolor en la parte inferior de la espalda. Algunos autores enfatizan la importancia de estos signos o síntomas, en cambio otros no vieron que fueran significativos.

15 Lockwood CJ. Predicting premature delivery--no easy task
N Engl J Med 2002 Jan 24;346(4):282-4

CAPÍTULO 2

FISIOPATOLOGÍA

2.1.1 Introducción

La fisiopatología subyacente del parto pretérmino es desconocida. Varias etiologías están involucradas en la patogénesis del parto prematuro, lo que explica por qué es tan difícil de diagnosticar y de prevenir^{16,17}.

El antecedente de haber tenido un parto prematuro anterior es uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo aumenta 2.5 veces en el próximo embarazo. Las mujeres con parto pretérmino, no solamente presentan mayor riesgo para sí mismas, sino que también lo transmiten a sus hijas, pues se ha observado una agregación familiar del parto prematuro. (Williams 2001).

La frecuencia se ha incrementado actualmente, afectando a 6-7% de los recién nacidos en países desarrollados. En Estados Unidos es alrededor del 11% (*Goldenberg, 2002*). El paradigma implícito que ha gobernado la mayor parte del estudio del parto pretérmino es que los denominados parto a término y trabajo de parto pretérmino son básicamente el mismo proceso, excepto por la edad gestacional en el que ocurren y que comparten “una vía común”. Los componentes uterinos de esta vía consisten en:

16 Bazarra A and Castro A. Consecuencia del bajo peso al nacer. *Acta Ginecológica* 59: 201-202, 2002.

17 Goldengerg RL The management of preterm labor *Obstet Gynecol* 100: 1020-37, 2002.

- 1 incremento en la contractilidad uterina,
- 2 maduración cervical (dilatación y borramiento) y
- 3 activación de la decidua y membranas corioamnióticas.¹⁸

Hace casi dos décadas, se propuso que la diferencia fundamental entre parto a término y parto pretérmino era que el parto a término resultaba de la activación fisiológica de los componentes de la vía común, mientras el trabajo pretérmino era resultado de la activación prematura de uno o más componentes de la vía común del parto.

2.2 La vía común del parto

2.2.1 Definiciones y componentes

La vía común del parto en el ser humano es definida como los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, endocrinológicos, inmunológicos y clínicos que ocurren en la madre y/o feto, tanto en el parto a término como pretérmino. Esta vía incluye:

1. incremento en la contractilidad miometrial;
2. cambios cervicales; y,
3. activación de la decidua y membranas corioamnióticas.

Los ejemplos de componentes no uterinos de la vía común incluyen los cambios de las concentraciones de hormonas factor liberador de corticotropina (CRF) y cortisol, así como cambios en el gasto metabólico. El término “trabajo de parto pretérmino” está determinado por la presentación

18 Romero R, Mazor M, Munoz H, Gomez R, Galasso M, Sherer DM. The preterm labor syndrome. *Ann NY Acad Sci.* 1994;734:414-29.

clínica de síntomas en la madre y no por el mecanismo de enfermedad responsable de las manifestaciones clínicas, no indica si la condición es causada por una infección, una injuria vascular, sobredistensión uterina, un reconocimiento alogeneico anormal, estrés u otro proceso patológico aún no descrito. La dificultad y carencia del reconocimiento de que estas condiciones simplemente representan una colección de signos y síntomas, con poca referencia a los mecanismos subyacentes de la enfermedad, puede ser responsable del limitado avance en la prevención y tratamiento del parto pretérmino.¹⁹

2.3 Infección como una causa de trabajo de parto pretérmino

La infección intrauterina ha surgido como un mecanismo frecuente e importante del parto pretérmino. Es el único proceso patológico para el cual se ha establecido una relación causal firme con el parto pretérmino, con fisiopatología definida.

2.3.1 Pruebas de causalidad

Las pruebas en apoyo de una relación causal entre infección/inflamación y trabajo de parto pretérmino espontáneo incluyen:

1. la infección intrauterina o la administración sistémica de productos microbianos a animales embarazados puede causar el trabajo de parto pretérmino;
2. las infecciones maternas, como malaria, pielonefritis, neumonía y enfermedad periodontal, están asociadas a parto pretérmino;

19 Espinoza J. Fisiopatología del síndrome de parto pretérmino. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:15-21

3. las infecciones intrauterinas subclínicas son factores de riesgo de parto pretérmino;
4. las pacientes embarazadas con infección intraamniótica o inflamación intrauterina (definida como una concentración elevada de citoquinas proinflamatorias o enzimas que degradan componentes del colágeno en el líquido amniótico) en el segundo trimestre son un factor de riesgo para el parto pretérmino;
5. el tratamiento con antibióticos de las infecciones intrauterinas puede prevenir el nacimiento pretérmino en modelos experimentales de corioamnionitis; y,
6. el tratamiento de la bacteriuria asintomática previene el parto pretérmino.

2.3.2 Vías de infección intraamniótica.

Los microorganismos pueden llegar a la cavidad amniótica y al feto por los siguientes mecanismos:

1. vía ascendente;
2. diseminación hematógena (infección transplacentaria);
3. siembra retrógrada de la cavidad peritoneal, por la trompa de Falopio;
4. introducción casual en el momento de procedimientos invasivos, como amniocentesis, cordocentesis, biopsia de vellosidades coriales u otros.

La vía más común de infección intrauterina es la ruta ascendente.

2.4 Isquemia uteroplacentaria

Las pacientes en trabajo de parto pretérmino espontáneo pueden ser clasificadas en dos grupos: aquellas con lesiones inflamatorias de la placenta y membranas corioamnióticas y aquellas sin pruebas de inflamación.

Los rasgos patológicos más comunes en la placenta de pacientes que pertenecen al grupo no inflamatorio son lesiones vasculares de los tejidos maternos y fetales. Las lesiones observadas en la placenta de pacientes con trabajo de parto espontáneo incluyen falla de la transformación fisiológica del segmento miometrial de las arterias espirales, aterosclerosis, trombosis de las arterias espirales o una combinación de estas lesiones.

Las lesiones fetales pueden incluir una disminución en el número de arteriolas en las vellosidades coriales o trombosis arterial fetal. Los mecanismos precisos responsables del inicio del parto pretérmino en pacientes con isquemia uteroplacentaria no han sido determinados. Sin embargo, se ha postulado un papel para el sistema renina-angiotensina, debido a que las membranas fetales están dotadas de un sistema renina-angiotensina funcional y debido a que la isquemia uterina aumenta la producción de renina. La angiotensina II puede inducir la contractilidad miometrial directamente o por la liberación de prostaglandinas. Cuando la isquemia uteroplacentaria es bastante severa para conducir a la necrosis decidual y hemorragia, la trombina generada puede activar la vía común del parto.

2.5 Sobredistensión uterina

Las pacientes con polihidramnios y embarazo múltiple tienen riesgo aumentado para trabajo de parto pretérmino.

La presión intraamniótica permanece relativamente constante durante la gestación, a pesar del crecimiento del feto y la placenta. Esto ha sido atribuido a la relajación miometrial progresiva, debido a los efectos de progesterona y de otros relajantes miometriales, como óxido nítrico.

Sin embargo, la distensión miometrial puede aumentar la contractilidad miometrial, liberación de prostaglandina y expresión de conexina-43, proteína de unión de brechas (gap junction protein), así como aumentar la expresión del receptor de oxitocina en el miometrio.

2.6 Reacción alográfica anormal

La unidad fetoplacentaria ha sido considerada “el injerto” más adecuado de la naturaleza. Los inmunólogos han sugerido que las anomalías en el reconocimiento y adaptación a antígenos fetales pueden ser un mecanismo responsable de las pérdidas del embarazo recurrente, restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia. La villitis crónica de etiología desconocida ha sido propuesta como una lesión histológica sugerente de “rechazo placentario”. La presencia de estas lesiones en un subconjunto de pacientes que paren después del trabajo de parto pretérmino constituye una evidencia indirecta del concepto de que las anomalías inmunes pueden ser responsables del trabajo de parto pretérmino.

Algunas pacientes en trabajo de parto pretérmino, en ausencia de infección demostrable, tienen concentraciones elevadas del receptor soluble IL-2. Las concentraciones plasmáticas elevadas del receptor de IL-2 son consideradas un signo temprano de rechazo, en pacientes con trasplantes renales. Se requiere que estudios adicionales definan la frecuencia y el significado clínico de este proceso patológico en el trabajo de parto pretérmino.

2.7 Desórdenes hormonales

La progesterona es básica, muy importante, para el mantenimiento del embarazo. La progesterona promueve la relajación miometrial, limita la formación de gap junctions, inhibe la maduración cervical y disminuye la producción de quimoquinas, como la IL-8, que participa en la activación decidua y de las membranas. La progesterona es considerada importante para el mantenimiento del embarazo, porque la inhibición de la acción de progesterona podría causar el parto. La administración de antagonistas del receptor de progesterona como RU486 (mifepristona) o ZK 98299 (onapristona) a pacientes embarazadas, primates no humanos y conejillos de Indias puede inducir el trabajo de parto. Así, se cree que una suspensión de la acción de progesterona es importante para el inicio del trabajo de parto en la mujer. En contraste con los efectos de la progesterona, los estrógenos aumentan la contractilidad miometrial y han sido implicados en la maduración cervical. En muchas especies, una caída en la concentración de progesterona en el suero materno ocurre antes del inicio del trabajo de parto. Sin embargo, en humanos, primates y conejillos de Indias no se ha documentado una caída en la concentración de progesterona.

El papel específico de la progesterona en el mecanismo responsable del trabajo de parto pretérmino no ha sido elucidado. Sin embargo, reportes recientes indican que la administración de progesterona a pacientes con una historia del parto pretérmino reduce la frecuencia de parto pretérmino.²⁰

2.8 Embarazo y estrés

La tensión materna es un factor de riesgo para el parto pretérmino. La naturaleza de los estímulos estresantes incluye trabajos pesados y disturbios emocionales. El factor estresante podría ocurrir durante el embarazo o en el período preconcepcional. El mecanismo preciso por el cual el estrés induce el parto pretérmino no es conocido; sin embargo, se ha propuesto un rol para el factor de secreción de la corticotropina (CRF). El comportamiento de la concentración de CRF en el suero materno podría identificar a pacientes con riesgo de parto pretérmino y postérmino. Ya que esta hormona es producida no solo por el hipotálamo sino también por la placenta, los mecanismos que regulan su producción han sido atribuidos a un “reloj placentario”. Los mecanismos precisos por los cuales CRF induce el parto implican la producción de cortisol y prostaglandinas.

20 Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, Sibai B, Moawad AH, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alphahydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med.* 2003;348:2379-85

CAPÍTULO 3 TRATAMIENTO

3.1.1 Introducción

Los partos prematuros no han disminuido, pero la supervivencia ha aumentado debido al mejor cuidado neonatal. Más del 50% se presentan en embarazos sin factores de riesgo.

Actualmente, debido a los avances en la medicina perinatal ha habido un incremento en las tasas de supervivencia en recién nacidos prematuros y bajos pesos, especialmente en los grandes prematuros y puede esperarse ahora en niños nacidos después de las 32 semanas en países desarrollados una tasa de supervivencia de casi el 100%. (Williams, 2001)

Las intervenciones obstétricas que más han contribuido a disminuir la mortalidad perinatal son: el screening de bacteriuria asintomática, la administración de corticoides antenatales y la profilaxis frente al estreptococo B.

La capacidad limitada de los agentes tocolíticos para prolongar el embarazo y los malos perfiles de seguridad hacen que la incidencia del parto prematuro haya permanecido invariable en las últimas décadas. Ningún estudio ha demostrado que algún tocolítico pueda reducir la tasa de parto pretérmino, la tocólisis puede prolongar el embarazo hasta 7 días, dando la oportunidad para que la administración de esteroides sea efectiva, para la transferencia materna a un centro de cuidado terciario o instituir otras medidas que puedan ayudar a mejorar el resultado de embarazo.

El uso de agentes progestacionales en mujeres de alto riesgo es prometedor para prevenir el parto prematuro, pero quedan sin contestar preguntas acerca del agente de elección, ruta de administración, dosis, régimen e indicación clínica²¹.

La tocólisis y el cerclaje, entre otros, representan el intento de corregir solo uno de los componentes de la vía común del parto pretérmino, pero no necesariamente están orientadas a corregir el proceso patológico subyacente; estas intervenciones no reducen la tasa de parto pretérmino ni la morbilidad perinatal asociada al parto pretérmino. Es posible que otras intervenciones orientadas a corregir el proceso patológico subyacente (infección, hormonal, alergia, etc.) tenga una mejor eficacia en reducir la morbilidad perinatal asociada con el parto pretérmino.

El término “prevención” en el sentido que se usa en medicina preventiva, se refiere no sólo al hecho de evitar la aparición de la enfermedad (prevención primaria), sino también al de alterar, revertir o como mínimo, retardar el proceso patológico antes de que este aparezca clínicamente (prevención secundaria).

Las intervenciones terapéuticas para inhibir el parto varían desde las simples, como el reposo y la hidratación, hasta las más intervencionistas, con posibles complicaciones graves, como el tratamiento tocolítico.

21 Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RI: Primary, secondary, and tertiary interventions to reduce the morbidity and mortality of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 164-75.

3.2 Reposo, hidratación y sedación

Es bien conocido que en un porcentaje importante de APP, especialmente aquellas en que existen contracciones uterinas sin cambios cervicales, la actividad uterina puede ceder con el reposo en cama.

No existen estudios randomizados en este sentido y es difícil determinar el efecto de la hidratación, sedación y reposo, por lo que en la actualidad no se puede recomendar este tipo de terapéutica como tratamiento único en la APP, sin embargo, el tiempo es siempre una co-variable no controlada.²²

3.3 Agonistas beta-adrenérgicos

Los receptores beta-adrenérgicos clásicamente descritos son de dos tipos:

- Los receptores beta1 se encuentran en: el corazón, intestino delgado y tejido adiposo.
- Su estimulación causa: taquicardia, aumento del volumen sistólico, vasodilatación coronaria, disminución de la motilidad intestinal, aumento del nivel de ácidos grasos libres y salida del potasio intracelular.
- Los receptores beta2 se encuentran en: el músculo liso uterino, pared vascular, diafragma y bronquiolos.

Su estimulación causa: disminución del tono vascular, relajación uterina, relajación bronquial, retención de agua y sodio, e incremento del glucagón e insulina.

22 Kass EH. Pregnancy, pyelonephritis and prematurity. Clin Obstet Gynecol. 1970; 13: 239-254

El primer principio activo de este grupo que se utilizó en el tratamiento de la APP fue el isoxupride en 1961. Desde entonces se han usado otros como: orciprenalina, metaproterenol, salbuterol, nilidrina, hexoprenalina.

El ritodrine, introducido hace más de 20 años, dio inicio a la llegada de los primeros beta2-agonistas selectivos (junto a salbutamol, terbutalina y fenoterol) y es el único fármaco aprobado en la actualidad por la FDA desde 1980 para el tratamiento de la APP.

Los fármacos beta-miméticos utilizados en el tratamiento de la APP tienen como acción preferencial la estimulación de los receptores beta2 por lo que inhiben la actividad contráctil uterina (tocólisis), pero poseen alguna actividad beta1.

Aunque algunos beta-agonistas tienen una mayor selectividad por la inhibición de la contractilidad uterina que otros, ninguno de los desarrollados hasta el momento son del todo específicos de los receptores beta2 en el útero. La ausencia de selectividad es lo que explica su desfavorable perfil de seguridad. La capacidad de estimular otros sistemas da lugar a efectos secundarios sistémicos tanto para la madre como para el feto, siendo los más notorios para la primera los cardiopulmonares (taquicardia, hipotensión, arritmia, isquemia miocárdica, edema pulmonar) y metabólicos (hiperglucemia, hipopotasemia), constituyéndose en factores limitantes de su uso.

Prematuridad

Las gestantes con APP tratadas durante períodos prolongados de tiempo con beta-miméticos pueden desarrollar una tolerancia al fármaco con disminución de su efecto tocolítico. La exposición continua a los beta-miméticos produce un desacoplamiento del proceso por el que la interacción agonista-receptor aumenta la actividad de la adenilciclasa (de sensibilización). A mayor exposición del receptor al agonista, menor número de receptores beta-adrenérgicos, lo que aminora aún más el efecto del fármaco sobre los procesos intracelulares.

La demostración de los receptores beta3-adrenérgicos en el organismo, incluyendo el tejido miometrial, ha propiciado el desarrollo de los agentes beta3-agonistas. Así, se ha obtenido evidencia in vivo de que los beta3-agonistas tienen un potente efecto relajante del músculo liso y significativamente mayor del músculo liso no vascular frente al vascular.

La capacidad de los receptores beta3-adrenérgicos en el miometrio para ser estimulados por el agonista BRL 37344, ha demostrado in vitro la posibilidad de inducir la relajación del miometrio humano con potencia similar a la ritodrine, por lo que puede tener un potencial terapéutico en el parto prematuro, incrementado por la manifiesta reducción de los efectos cardiovasculares.

3.4 Sulfato de magnesio

En Estados Unidos, la familiaridad en la administración de sulfato de magnesio para el tratamiento de la

preeclampsia y la mejora de efectos secundarios frente a los beta-miméticos, que reducían la tasa de suspensión del tratamiento por efectos adversos del fármaco, ha contribuido a su uso como agente tocolítico, siendo uno de los tocolíticos más utilizados, frente a un uso escaso en Europa. Aunque los informes iniciales parecían ser tranquilizadores en cuanto a los efectos secundarios, actualmente existen discrepancias en relación con su uso como tocolítico en la práctica clínica, por la acumulación de complicaciones maternas (edema pulmonar, dolor retroesternal, náuseas, hiperemia facial, somnolencia, visión borrosa...), fetales y neonatales (letargo, hipotonía, depresión respiratoria, desmineralización ósea...), asociándosele a un incremento significativo de la mortalidad pediátrica total.

3.5 Inhibidores de los canales del calcio

Los inhibidores de los canales del calcio tienen un efecto relajante uterino, mediado por la supresión del flujo de entrada celular de calcio. Mediante el bloqueo de los canales abiertos que existen en el miometrio, consiguen el cese de las contracciones uterinas inducidas por las prostaglandinas y la oxitocina. Su uso, aunque muy extendido, no está contemplado en ficha técnica como agentes tocolíticos.

La eficacia es equivalente a la ritodrine o en un reciente metanálisis algo superior, comprobándose además una mejora en los resultados neonatales. Los experimentos iniciales en animales demostraron que el nifedipino producía hipoxia y acidosis en el feto de oveja, desproporcionada con la reducción transitoria del flujo sanguíneo útero-placentario, sin embargo, posteriormente

no se han encontrado diferencias de flujo en la arteria umbilical en comparación con ritodrine.

Los efectos secundarios cardiovasculares maternos son frecuentes (taquicardia refleja, reducción de la conducción aurículo-ventricular por efecto de la hipotensión arterial, vasodilatación cutánea), aunque menos intensos en comparación con los fármacos beta-agonistas, por lo que es mejor tolerada y consecuentemente, disminuye la tasa de interrupción del tratamiento por efectos adversos, concluyendo los autores que la nifedipina debería ser considerada como agente tocolítico de primera línea.

3.6 Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas

Las prostaglandinas tienen un papel integral en la modulación de la contractilidad uterina durante el parto prematuro, activando los canales del calcio dentro del miometrio y actuando como segundo mensajero aumentando los niveles del calcio intracelular a través del retículo sarcoplásmico. Los inhibidores actuales de la síntesis de prostaglandinas se dirigen contra la enzima prostaglandinsintetasa o ciclooxigenasa (COX) que realiza la síntesis de prostaglandinas a partir de su precursor el ácido araquidónico.

Existen dos isoformas conocidas de la enzima, que están codificadas por diferentes genes: una forma inducible (COX-2) y una forma fisiológica o constitutiva (COX-1). La producción de COX-1 es relativamente constante a lo largo del embarazo, mientras que la COX-2 aumenta notablemente durante el parto. La COX-1 predomina en el tejido cardiovascular fetal, mientras que

la COX-2 se encuentra en las membranas amnióticas y en el miometrio.

Los fármacos antiinflamatorios no esteróideos, como la indometacina, afectan a ambas formas de la enzima, por lo que en su uso como tocolíticos han demostrado su capacidad de producir efectos secundarios adversos fetales y neonatales. Las prostaglandinas controlan numerosas funciones metabólicas del organismo, por lo que cabe esperar que los fármacos que inhiben su síntesis tengan efectos secundarios muy diferentes. Los estudios que han utilizado la indometacina en el tratamiento de la APP han comunicado pocos efectos adversos maternos: trastornos gastrointestinales, aumento del tiempo de sangría, disminución de la función renal, hepatopatías.

Aunque se considera que los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas son unos de los agentes tocolíticos más eficaces, su uso clínico debe limitarse a la administración a corto plazo (72 horas) y embarazos de menos de 32 semanas, debido a sus efectos secundarios fetales y neonatales graves: constricción del conducto arterioso, hipertensión pulmonar, decremento reversible de la función renal con oligohidramnios, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, hiperbilirrubinemia.

Actualización en Obstetricia y Ginecología

En un estudio pareado no se mostró aumento de enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, necesidad de ligadura del conducto arterioso o mortalidad en lactantes expuestos a un máximo de 72 horas de indometacina prenatal antes de las 32 semanas de

gestación. La indometacina aplicada por vía vaginal ha resultado más efectiva que la habitual administración rectal y oral para retrasar el parto prematuro y mejorar los resultados perinatales. La síntesis de prostaglandinas durante el parto probablemente tenga lugar en el útero y cérvix. Con esta vía, una elevada concentración local de indometacina podría tener un mayor efecto tocolítico. Entre las alternativas a la indometacina están: el Ketorolaco intramuscular, que ha demostrado disminuir el tiempo para conseguir el cese de las contracciones uterinas frente al sulfato de magnesio, con similar potencia tocolítica que la indometacina, que tiene el beneficio de cruzar mal la placenta y no afecta a la COX renal en adultos, por lo que pudiera no tener efecto sobre la función renal fetal.

Sin embargo, es inhibidor de ambas formas de la enzima COX, con capacidad para producir efectos secundarios maternos. Existen también inhibidores diseñados para dirigirse a la forma inducible de la COX (inhibidores selectivos de la COX-2). Estos fármacos se desarrollaron inicialmente por su perfil para inhibir selectivamente la isoforma de la COX-2, con intención de reducir los efectos adversos gastrointestinales clásicos de los AINES.

La familia de los inhibidores selectivos de la COX-2 tienen gran variación en su grado de selectividad por la enzima y, así mismo, han demostrado en el miometrio humano a término in vitro, que el celecoxib (inhibidor específico de la COX-2) tiene mayor potencia tocolítica que el nimesulide o meloxicam (inhibidores preferenciales de la COX-2).

Dichos fármacos están todavía en fases precoces de estudio de su uso en Obstetricia, aunque se esperaba un

mejor perfil de seguridad fetal. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la COX-2 se expresa en el riñón fetal y a pesar de que los estudios iniciales con nimesulide habían sido satisfactorios en este sentido, con el uso de nimesulide como tocolítico se produjo un oligohidramnios severo en ambos fetos de una gestación gemelar reversible tras retirar el tratamiento, e igualmente con la administración durante 6 semanas se comunicó un caso de insuficiencia renal terminal irreversible neonatal.

3.7 Antagonistas de la oxitocina

Hasta hace poco se consideraba que la oxitocina tenía un papel menor en el inicio del parto en el ser humano. Sin embargo, hay pruebas crecientes que sugieren que la oxitocina es uno de los agentes clave en el inicio del parto.

Se ha demostrado que tiene un papel directo en la contractilidad uterina (estimulando los receptores de unión de la membrana del miometrio, con aumento del calcio intracelular) e indirecto (aumentando la producción de prostaglandinas en la decidua, que contribuyen a las contracciones miometriales e inician la maduración cervical). Este hallazgo indujo al desarrollo de los antagonistas de la oxitocina, diseñados para suprimir este doble efecto.

El más prometedor de los fármacos de la familia de los antagonistas de la oxitocina es el Atosiban, análogo competitivo de la oxitocina endógena en los receptores miometriales y de la decidua, desarrollado específicamente para tratar el parto prematuro.

Debido al efecto inhibitor de los receptores de la vasopresina, existía la posibilidad de causar un número de efectos secundarios hipotéticos, tales como: reabsorción de líquidos por el riñón, vasoconstricción y estimulación de la hormona adrenocorticotropina, sin embargo, estos son muy leves. Se ha comprobado que existe un aumento substancial de la expresión de receptores de oxitocina, sin modificación del número de receptores de vasopresina en el útero durante el parto.

La especificidad uterina del Atosiban proporciona un mejor perfil de seguridad y por lo tanto, una alternativa eficaz a los tocolíticos en uso, responsables de los efectos secundarios multiorgánicos y se ha demostrado un mínimo transporte placentario.

Prematuridad

Los estudios preclínicos y clínicos realizados con Atosiban han demostrado un mecanismo de acción específico, rápido inicio de acción, no provoca taquifilaxia, buen perfil de seguridad materna, fetal y neonatal, con eficacia similar a los agentes beta-miméticos y mejor tolerancia.

Las diferencias más importantes se obtienen cuando se analiza la disminución en las tasas de efectos adversos maternos y de abandonos del tratamiento por esta causa frente a otros tocolíticos habituales.

La ventaja potencial de Atosiban es su escasa tasa de efectos secundarios adversos. Entre los distintos estudios que han servido para corroborar la eficacia y seguridad

de Atosiban, resulta especialmente destacado el ensayo CAP-00125. Se trata del estudio más amplio hecho hasta el momento con tocolítics, estableciéndose unos estrictos criterios de inclusión-exclusión, llevado a cabo en más de medio centenar de centros sanitarios, repartidos por todo el mundo, de forma randomizada, multicéntrico, doble ciego, doble enmascarado, controlado con beta-agonistas: Ritodrine (en Canadá e Israel), Terbutalina (en Reino Unido, Suecia, Dinamarca y República Checa) y Salbutamol (en Francia y Australia), que incluía un total de 742 mujeres.²³

Los resultados de eficacia fueron muy parecidos en ambos grupos de pacientes. De hecho, en 88% de las mujeres tratadas con Atosiban y en 89% de las tratadas con beta-agonistas, se logró detener el parto en las siguientes 48 horas desde el inicio del tratamiento, siendo estas cifras de 80% vs. 78% respectivamente a los 7 días. Las necesidades de retratamiento fueron similares (20% con Atosiban y 22% con beta-agonistas), y las necesidades de utilizar más de un tratamiento de rescate (2,3% vs. 3,8% respectivamente), así como la semana del nacimiento, el peso medio del recién nacido... En el estudio CAP-001, por razones éticas, se utilizó una variable compuesta como medida de eficacia (referida como “eficacia y tolerancia tocolítica”), debido a que muchos de los investigadores se opusieron a un protocolo que no permitiera la administración de tocólisis alternativa en caso de progresión del parto (“fracaso del tratamiento”). No obstante, el fracaso de tratamiento también incluyó mujeres que interrumpieron el tratamiento debido a acontecimientos adversos y, en consecuencia, la variable de eficacia utilizada en este

23 The Worldwide Atosiban versus Beta-agonist Study Group. Effectiveness and safety of the oxytocin antagonist atosiban versus beta-adrenergic agonists in the treatment of preterm labor. Br J Obstet Gynaecol 2001; 108:133-142.

estudio estuvo compuesta tanto de la eficacia como de la tolerancia.²⁴

Se realizó terapia de rescate con otros tocolíticos para aquellos casos en que se producían efectos adversos con los agentes utilizados o cuando el parto progresaba a pesar de la medicación. Las diferencias más espectaculares se obtuvieron cuando se analizó la seguridad de ambas alternativas de tratamiento sobre la madre. La incidencia de taquicardia es significativamente mayor cuando se administran beta-agonistas (75% vs. 5%), siendo también más elevada la tasa de casos de hiperglucemia (10% vs. 5%), palpitaciones (15% vs. 3%), dolor torácico, disnea, hipocalcemia, cefalea, hipotensión, náuseas, vómitos. De esta forma, 80% de las pacientes tratadas con beta-agonistas presentaron efectos adversos cardiovasculares, frente a menos de 10% de las que utilizaron Atosiban, con lo que 15,4% del grupo de beta-agonistas dejaron el tratamiento por la presencia de efectos adversos cardiovasculares vs. 1,1% en el grupo de Atosiban.

3.8 Otras perspectivas de futuro

Debido al incompleto éxito demostrado de los fármacos tocolíticos disponibles para disminuir la tasa de partos prematuros y mejorar los resultados perinatales, así como la elevada proporción de efectos secundarios adversos para la madre y el feto que poseen, muchas investigaciones se han centrado en el desarrollo de nuevos agentes tocolíticos, aunque el conocimiento escaso de los

24 Mozas J., Nuevas propuestas terapéuticas en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro, Hospital Universitario Virgen de las Nieves (granada) Artículo de revisión.

mecanismos etiopatogénicos del inicio y mantenimiento del parto a término y pretérmino, han entorpecido la obtención de resultados más rápidos. Actualmente, los agentes con un mínimo perfil de efectos adversos (Atosiban o nifedipina) deberían constituirse en la primera línea de tratamiento.

Los resultados de algunos estudios indican que la gonadotropina coriónica humana (HCG) juega un papel importante en el mantenimiento de la quiescencia uterina durante el tercer trimestre de la gestación, como agente tocolítico endógeno, habiéndose comprobado in vitro un potente efecto relajante en el miometrio humano del tercer trimestre e inhibiendo el parto prematuro en animales. Los resultados de algunos estudios clínicos observacionales han sugerido que la HCG podría tener un papel en el tratamiento del parto pretérmino.

Los agentes de apertura de los canales de potasio (levcromakalin y pinacidil) han demostrado in vitro su capacidad de relajación del miometrio humano gestante. El parto pretérmino tiene tendencia a recurrir en siguientes embarazos y se ha observado tendencia a acumularse esta situación de forma familiar y racial, sin embargo, hasta ahora la genética del parto pretérmino no había sido estudiada.

El antecedente de un parto pretérmino es el factor de riesgo más importante para que se repita la situación en los siguientes embarazos: 15% de riesgo de recurrencia con un antecedente y 32% con dos antecedentes.

El estudio realizado en el estado de Utah, donde existe un registro de una población estable que abarca una extensa genealogía, ha comprobado una tendencia

familiar hereditaria al parto pretérmino. Los investigadores trabajan en el aislamiento de genes candidatos en las familias seleccionadas, incluyendo los genes de: oxitocina, receptor de oxitocina, ciclooxigenasa, sintetasa de óxido nítrico y receptor de interleukina-1. El descubrimiento de los genes implicados en el parto pretérmino podría ser un hito importante en las futuras investigaciones sobre la biología, predicción y terapéutica del parto pretérmino.

CAPÍTULO 4

PARTO PREMATURO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIOCULTURALES EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA CUENCA – ECUADOR DE ENERO DE 2006 A DICIEMBRE DE 2008

4.2 OBJETIVO

Con esta revisión se propone definir el estado epidemiológico actual del parto prematuro en el Hospital José Carrasco Arteaga y observar la prevalencia de los factores de riesgo más importantes asociados al desarrollo de esta patología al momento citados en la literatura universal; dentro de estas variables enumeramos la influencia de la edad, el nivel sociocultural, las infecciones vaginales, ruptura prematura de membranas, las infecciones del tracto urinario, el número de controles prenatales en general, entre otros como factores relacionados con el desarrollo de esta patología. Luego de nuestras búsquedas bibliográficas

se pudo constatar que en la ciudad de Cuenca, ni a nivel nacional se pudo determinar estudio alguno que cuantifique las cifras de esta patología, ni relacione factores de riesgo para su desarrollo por lo que creemos que es necesario se realice más a menudo estudios de este tipo.

4.3 MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo retrospectivo observacional en el Hospital José Carrasco Arteaga IEES de Cuenca, se consideró el caso las pacientes que presentaron parto prematuro entre las 20 a 36.6 semanas de gestación con producto vivo o muerto, durante el periodo comprendido entre enero de 2006 a diciembre de 2008. La información se obtuvo de los expedientes del área de obstetricia y neonatología del HJCA, se hizo la tabulación de los datos utilizando el programa Microsoft Excel 2007. Se incluyeron las pacientes que presentaron parto prematuro en el HJCA. Se excluyeron los nacidos, fuera del área hospitalaria y que ingresaron para su atención por algún problema perinatal, expedientes incompletos, mal llenados o ilegibles.

De un total de 2.327 partos en el hospital en los tres años observados, se registraron 92 (3,95%) que presentaron parto pretérmino. No se consideró información para aislar factores de riesgo relacionados a parto prematuro de 29 de las 92 pacientes con PP, pues sus expedientes no se hallaron, estaban ilegibles o faltaban datos al momento de la búsqueda, quedando 63 fichas (68,4% del total de partos prematuros) para su análisis. Se utilizó un cuestionario realizado por el autor dirigido a expedientes clínicos. Se obtuvo información sobre: características socioculturales,

situación conyugal, escolaridad y edad de la paciente, características gineco-obstétricas infecciones urinarias durante su embarazo, infecciones vaginales, ruptura prematura de membranas, número de controles de la gestación, si el embarazo fue gemelar o simple. El nivel sociocultural de las pacientes no pudo ser especificado pues en la mayoría de las fichas no se consideró un parámetro a valorar dentro de la historia clínica de las pacientes.

4.4 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

4.4.1 RESULTADOS

Especificar tablas

Se observó que el porcentaje de parto Prematuro en el HJCA durante los tres años en estudio correspondió al 3,95% (92/2327) tabla-gráfica 1.4, la media de edad de la madre fue de 29 años y del producto de 33,13 semanas de gestación observándose una prevalencia ligeramente mayor de RNPT masculino con 52,17% (48/92) con relación a las RNPT femenino 47,83% (44/92) tabla-gráfica 1.4. El nivel socioeconómico de las madres en cuestión no pudo ser especificado pues en la mayoría de los registros no llevaban esta variable, sin embargo se observó que la mayor parte de pacientes alcanzó los estudios secundarios 44,44% (28/63) seguidos de los estudios primarios 28,57% (18/63), por último superior 26,98% (17/63) tabla-gráfica 1.6. Los factores asociados al parto prematuro fueron: infecciones vaginales presentes en 49,21% (31/63) tabla-gráfica 1,8, infecciones del tracto urinario superior o inferior en 42,86% (27/63) tabla-gráfica 1.7, de las pacientes, así como RPM 11,11% (7/63) tabla-gráfica 1.9,

embarazos gemelares en el 12,70% (8/63) tabla-gráfica 1.10. Además se tomó en cuenta una variable más; el numero de controles gestacionales, que se observó, en la mayoría de pacientes, normal con relación a un embarazo normal, promedio de 6,6 controles pre-parto.

En los anexos en las tablas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y gráficos 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 se representan y muestran los valores encontrados cada año correspondiente a la frecuencia de Parto Prematuro en el HJCA, se observa que este ha tenido un incremento anual de partos prematuros desde el 2006 con 3,03% (19/628), el 2007 con 4,39% (36/820) y en el 2008 con 4,27% (37/879).

4.5 DISCUSIÓN

El parto pre-término es un problema de salud principalmente en los países sub-desarrollados y en personas de niveles socioeconómico bajo, donde las pacientes por descuido personal o falta de conocimientos están expuestas a una serie de factores desencadenantes de parto prematuro, por esa razón es necesario cuantificar el problema para tener conocimiento de la magnitud del mismo y tratar de corregir ciertos factores modificables.

Como mencionamos anteriormente las causas que determinan esta patología pueden ser múltiples y variadas, entre las descritas y más importantes en la bibliografía actual se incluyen la inmadurez física, pelvis y genitales no desarrollados, estrechez del canal de parto, nivel socioeconómico y cultural bajo, la edad y los problemas psicosociales, las infecciones del tracto urinario; sin embargo dentro de nuestro estudio nos es imposible valorar

ciertos aspectos físicos y características socioculturales de las pacientes, pues varios datos están inconclusos en las fichas, no obstante el estado epidemiológico del PP en nuestro estudio no está lejos de la realidad mundial. Los signos y síntomas más comunes con los que se manifiesta suelen ser: contracciones dolorosas o indoloras, presión pelviana, flujo vaginal acuoso o sanguinolento y dorsalgia. El diagnóstico se realiza a través del examen físico principalmente donde casi todos los investigadores concuerdan en que la mujer con menos de 37 semanas de gestación con contracciones y dilatación cervical de 3 cm. y borramiento del 80% debe considerarse en trabajo de parto prematuro sin esperar cambio adicional. El tratamiento va dirigido a tratar la causa, siendo el reposo en combinación con la útero-inhibición y el parto atraumático el más utilizado.

La incidencia del parto prematuro permanece estable en diversas regiones del mundo entre 5 y 12%, en nuestro estudio estamos cerca del promedio 3,95%, inclusive en algunos tienen tendencia al incremento anual como se pudo observar en los resultados tablas-gráficos 1.1, 1.2, 1.3.

Aproximadamente, un 40% de los partos prematuros son por causas infecciosas. Lo cual corrobora los datos de estudios internacionales.

En nuestro trabajo se encontró una asociación elevada entre PP e ITU, 42,86% (27/63), cuatro de cada diez embarazadas que terminaron en PP tenían proceso infeccioso urinario. Ovalle y Levancini²⁵, encontraron que

25 Ovalle A, Levancini M. Urinary tract infections in pregnancy. *Curr Opin Urol.* 2001; 11: 55-59

la infección urinaria es después de la rotura prematura de membranas (RPM), la patología más asociada al parto prematuro. Cram y col.23, ha hecho una excelente revisión de la relación entre infección genitourinaria y amenaza de parto prematuro.

Las características principales encontradas en las pacientes estudiadas nos preocupan, pues se trató de gestantes con educación variada pero todas sin un nivel de prevención primario que evite el desencadenamiento de esta patología. En esas condiciones se evidencia que la pesquisa de patologías no se está realizando, y las medidas preventivas, incluso las terapéuticas precoces son inexistentes. Todo hace que se tenga la base clínica para que se instauren los factores de la amenaza del parto prematuro, estas características maternas ya las hemos encontrado en los trabajos anteriores sobre el tema.

Tenemos que decir que la APP y la ITU suman factores de morbimortalidad perinatal, son dos entidades clínicas a ser atendidas con sumo celo profesional, sólo un manejo adecuado permite afrontarlas certeramente.

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

Este trabajo corrobora la asociación en alto grado entre los partos prematuros y las infecciones del tracto urinario, presente en más del 40% de nuestras pacientes, no fue factible relacionar el nivel cultural de las pacientes debido a que esta variable no existía en todos los formularios estudiados. Sin embargo en la estadística internacional esta variable está íntimamente ligada a esta patología, y si en realidad queremos luchar contra la prematurez y sus temibles consecuencias, debemos revertir o por lo menos minimizar las debilidades reveladas en las características de la población estudiada.

Esto nos compromete a instaurar o retomar en el caso de que existiesen programas preventivos básicos, como son estimular la educación general, avanzar en la orientación sexual y responsabilidad paterna oportuna, y aumentar la cobertura y calidad de un control prenatal precoz.

También es muy importante no dejar de lado los estudios estadísticos que son la base fundamental del inicio de los proyectos antes mencionados y sobre todo para conocer nuestra realidad local que la mayoría de las ocasiones se encuentra muy lejos de las presentadas por estudios internacionales.

Recomendaciones

Muchas de estas responsabilidades están en el sector salud, pero otras son de responsabilidad de los organismos oficiales, debemos también incluir a las pacientes como miembros de una comunidad que desea un futuro mejor. Los resultados muestran que es necesario implementar medidas de prevención y control que aseguren la identificación del riesgo en las mujeres embarazadas, con el fin de abatir la incidencia de mortalidad perinatal.

ANEXOS

Tabla 1.1

NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2006		
Tipo de Parto	TOTAL	%
partos a término	609	96,97
prematuros masculino	11	1,75
prematuros femenino	8	1,27
TOTAL	628	100

Gráfico 1.1

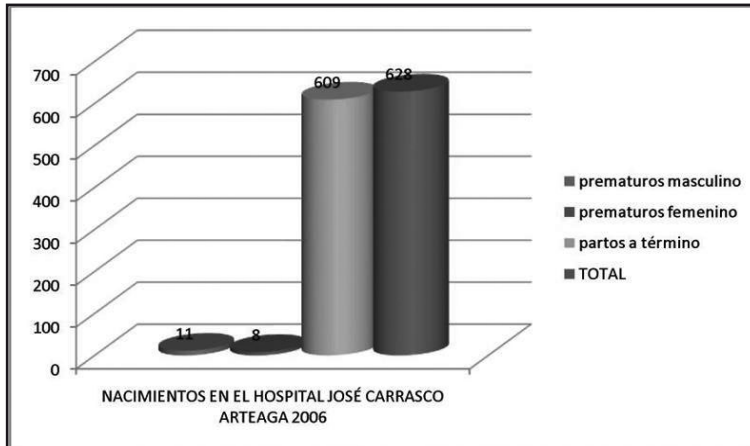


Tabla 1.2

NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2007		
Tipo de Parto	TOTAL	%
partos a término	784	95,61
prematuros masculino	19	2,32
prematuros femenino	17	2,07
TOTAL	820	100

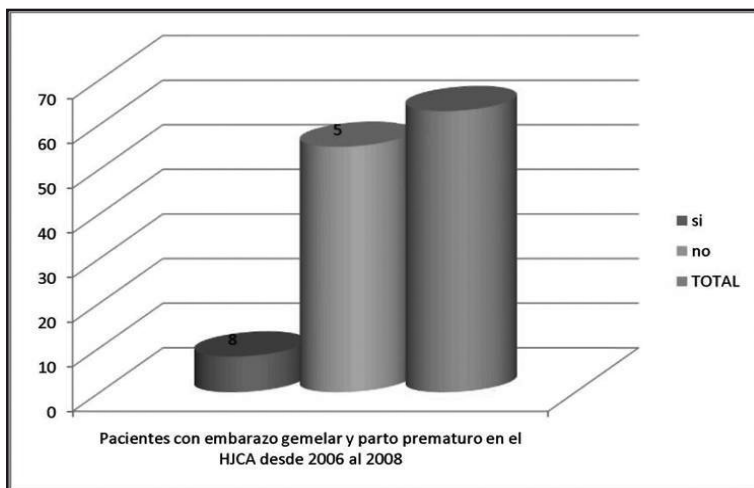


Tabla 1.3

NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2008		
Tipo de Parto	TOTAL	%
partos a término	842	95,79
prematuros masculino	18	2,05
prematuros femenino	19	2,16
TOTAL	879	100

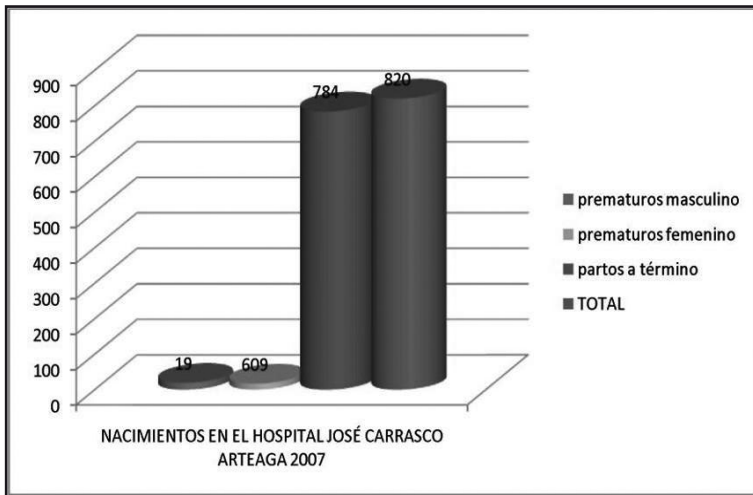


Tabla 1.4

NACIMIENTOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DEL 1 DE ENERO/2006 AL 31 DE DICIEMBRE/2008		
Tipo de Parto	TOTAL	%
partos a término	2235	96,046
prematuros masculino	48	2,06
prematuros femenino	44	1,89
TOTAL PARTOS PREMATUROS	92	3,95
TOTAL PARTOS	2327	100

Gráfico 1.4

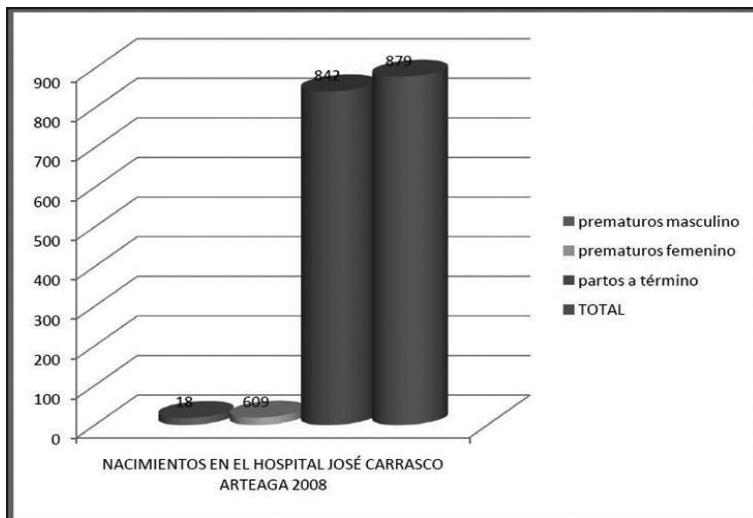


Tabla 1.5

Estado Marital de las pacientes con parto prematuro en el HJCA desde 2006 al 2008		
Estado Civil	Total	%
unión libre	9	14,29
casada	37	58,72
soltera	16	25,40
viuda	1	1,59
TOTAL	63	100

Gráfico 1.5

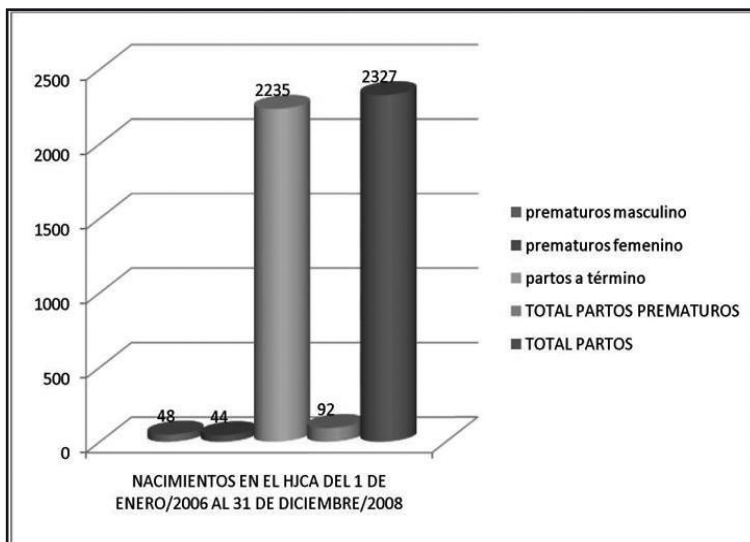


Tabla 1.6

Nivel de Instrucción de las pacientes con parto prematuro en el HJCA desde 2006 al 2008		
Nivel de instrucción	Total	%
primaria	18	25,87
secundaria	28	44,44
superior	17	26,98
TOTAL	63	100

Gráfico 1.6

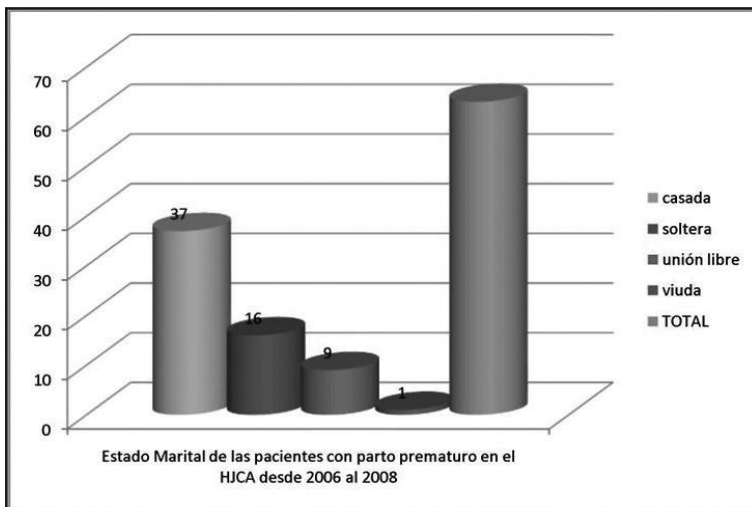


Tabla 1.7

INFECCIONES URINARIAS EN LAS PACIENTES CON PARTO PREMATURO EN EL HJCA DESDE 2006 AL 2008		
ITU	Total	%
sí	27	42,86
no	36	57,14
TOTAL	63	100

Gráfico 1.7

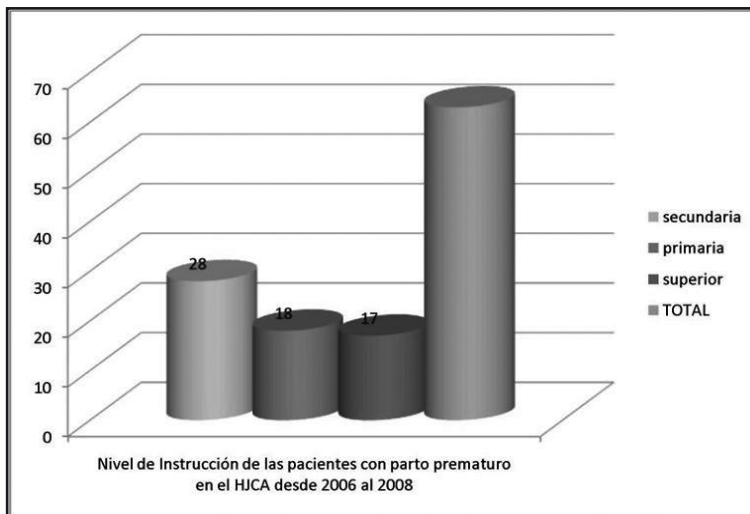


Tabla 1.8

INFECCIONES VAGINALES EN LAS PACIENTES CON PARTO PREMATURO EN EL HJCA DESDE 2006 AL 2008		
INFECCIÓN VAGINAL	Total	%
sí	31	49,21
no	32	50,79
TOTAL	63	100

Gráfico 1.8

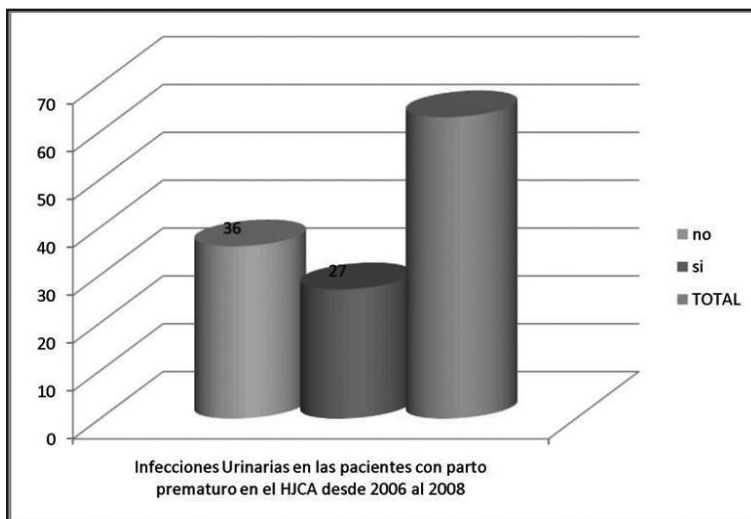


Tabla 1.9

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LAS PACIENTES CON PARTO PREMATURO EN EL HJCA DESDE 2006 AL 2008RPM		
RPM	Total	%
sí	7	11,11
no	56	88,89
TOTAL	63	100

Gráfico 1.9

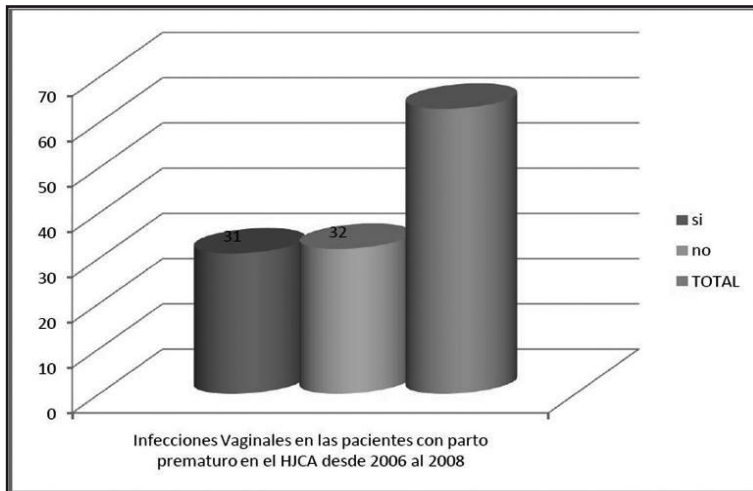
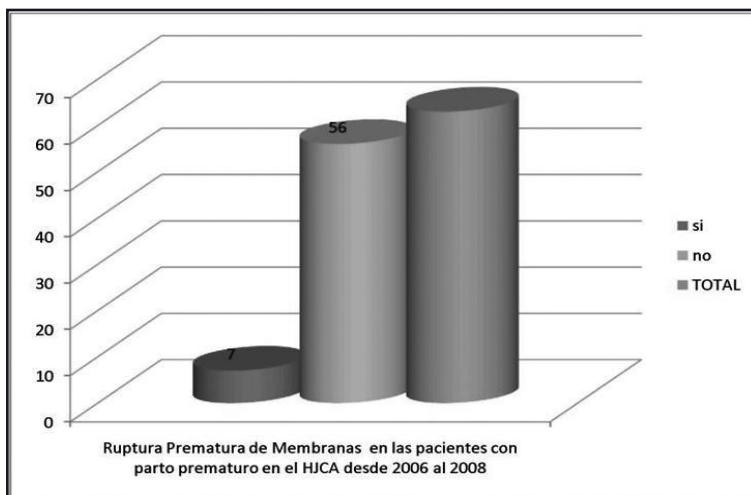


Tabla 1.10

PACIENTES CON EMBARAZO GEMELAR Y PARTO PREMATURO EN EL HJCA DESDE 2006 AL 2008		
Embarazo Gemelar	Total	%
sí	8	12,70
no	55	87,30
TOTAL	63	100,00

Gráfico 1.10



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE SAN JOSÉ DE SIDCAY

María Claudia Moscoso Cordero
Médica graduada en la Universidad del Azuay

Resumen

Objetivo:

Conocer y recopilar las principales características de la comunidad de San José de Sidcay: Número de habitantes, factores de riesgo y datos higiénico-sanitarios, que sirvan para la planificación de proyectos de salud, basados en las necesidades del sector.

Material y Método:

Se aplicó a toda la Comunidad una encuesta familiar entre los meses de marzo a junio de 2007, donde se recopiló información de cada familia sobre datos demográficos, socio-culturales, factores de riesgo e higiénico-sanitarios.

Resultados:

San José es una comunidad que forma parte de la parroquia Sidcay, constituida por 534 habitantes, la mayoría entre 18 y 39 años de edad. El fenómeno migratorio afecta a un 63% de las familias.

Las principales patologías encontradas son: a) Crónicas: cardiológicas y reumatológicas, y; b) Agudas: respiratorias y gastrointestinales.

Conclusión

En este trabajo se pueden conocer las principales características de la comunidad de San José de Sidcay, y podemos concluir que los factores sociales, económicos, sanitarios y alimenticios; están íntimamente relacionados con la calidad de vida y salud de sus habitantes. Este trabajo pudiera ser usado para el desarrollo y planificación de programas de salud enfocados en sus necesidades.

Abstract

Objectives:

This work pretends to know and compile the most important characteristics of the community of San Jose de Sidcay: number of inhabitants, risk factors and hygienic-sanitary data, which would be useful in the planning of health projects based in the needs of the people.

Materials & Methods:

A family survey was applied to the whole community between the months of March and June 2007, where some demographic, socio-economic, risk and hygienic-sanitary factors were compiled from each family.

Results:

San Jose is a community that belongs to the parish of Sidcay; it is composed by 534 inhabitants, most of them between 18 and 39 years old. The migratory phenomenon has affected 63% of the families of the village.

The most important pathologies found are: a) Chronic: cardiologic and rheumatologic, and b) Pointed: respiratory and gastrointestinal.

Conclusion

From this work we can conclude that the social, economical, sanitary and alimentary factors are fully related with the life quality and health of the inhabitants of a certain place. This research may be used for the development and planning of health programs specific for their needs.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE SAN JOSÉ DE SIDCAY

Introducción

La comunidad de San José de Sidcay, ubicada en la provincia del Azuay, a pocos kilómetros de la ciudad de Cuenca, fue uno de los lugares escogidos por la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, para que sus estudiantes realizaran su externado comunitario.

Cuando participé de éste, tuve la oportunidad de hacer un acercamiento a la población para realizar un estudio de sus aspectos más importantes y relacionarlos con las patologías más frecuentes en su gente; y así contribuir con la iniciativa de nuestra Facultad, de atender la salud de los habitantes de la región y del país, mediante un conocimiento directo de sus moradores en el contexto de sus comunidades.

Se sabe que parte de los mayores factores que producen morbilidad y mortalidad como el tabaco, la dieta pobre en nutrientes, la inactividad física, los agentes microbianos, las toxinas, la pobreza y falta de accesibilidad a los servicios de salud, son resultado de nocivos estilos de vida individual, y éstos a su vez de factores económicos y sociales directamente relacionados con la salud y la enfermedad.

Conocer las características de una comunidad es fundamental para la realización de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Es por eso que aquí se presenta un resumen sobre los aspectos históricos y políticos, las características de su población, los diferentes factores de riesgo, la frecuencia y prevalencia de las principales enfermedades, y la disposición de unidades operativas y personal de salud que nos ayudarán a conocer la comunidad y sus necesidades sanitarias.

Objetivos

Los objetivos de esta aproximación tienen que ver con el conocimiento de los siguientes aspectos de la Comunidad de San José de Sidcay:

- Número de habitantes
- Principales factores de riesgo
- Datos higiénico-sanitarios

Material y método

Se aplicó a toda la Comunidad una encuesta familiar entre los meses de marzo a junio de 2007.

Se realizó un corte transversal de la información recopilada a través de la encuesta aplicada, que proporciona datos sobre cada uno de los miembros de la familia en los siguientes aspectos: edad, sexo, principales factores de riesgo, alimentación, producción, datos higiénico – sanitarios, tratamiento de basura.

De esta información aglutinada se extraerán los aspectos más sobresalientes y se presentará en forma de un estudio descriptivo, que relaciona los aspectos generales de la población con sus patologías y los servicios de salud recibidos, en base de la información de los partes diarios de atención, del Centro de Salud, en el período abril-mayo de 2007.

Resultados

Aspectos históricos y políticos

El señor Julio Aucapiña, primer presidente del comité pro-mejoras de San José, al ser entrevistado manifiesta que al principio, Sidcay había sido una de las primeras parroquias de la zona noroeste del cantón Cuenca y la matriz de otras como Checa, Chiquintad, Llacao y Sinincay. Posteriormente, después de la parroquialización de los otros sectores, Sidcay quedó conformada por San Vicente, Caldera, Bibín y Ochoa León.

Aproximadamente en 1950, San José pertenecía a Caldera, el barrio con más población de la parroquia, y sus habitantes eran los encargados de la construcción de los templos, que era un trabajo pesado. Se cuenta como anécdota que el Párroco de Sidcay tenía un caballo que no

tomaba el agua de esa zona y la gente de San José era la encargada de llevar el agua desde el río Machángara para que tome el caballo.

En los años 60 Don Eloy Güiracocha dona un espacio para una capilla y los sacerdotes redentoristas, que estaban en misiones en esa época, donaron un cuadro de San Antonio. Desde allí el sector tomó este nombre. A pesar de ser ya otra comunidad, las fiestas y celebraciones religiosas se seguían realizando en Caldera, aunque esto siempre fue causa de división de sus habitantes. En el mes de octubre se realizaban cuatro fiestas: el primer domingo se celebraba la fiesta del Rosario Blanco, el segundo domingo la fiesta del Auxilio Blanco, que estaban a cargo de las personas de Caldera; en cambio, el tercer domingo era del Rosario Natural y el cuarto domingo del Auxilio Natural, y estaban a cargo de las personas de San José.

En 1970, aproximadamente, un suceso importante ocurrió: como existían dos imágenes de San José en Caldera, la una de carrizo y otra de yeso, se decide quemar la primera, que era una imagen vieja. Al enterarse de esto tres pobladores de San José: Vicente Parapi, José Manuel Güiracocha, y Enrique Güiracocha, pidieron que no se quemara está imagen, la restauraron y colocaron en la capilla todavía de San Antonio, pero después de este suceso se cambia el nombre a San José. Todavía no termina la historia, en 1978 aproximadamente, se decide realizar las fiestas en San José, como era de suponerse esto no les gustó mucho a los pobladores de Caldera. Para evitar otros problemas, ya que el único cementerio era en Caldera, Don Luis Fernández, en 1994, dona un espacio para hacer un cementerio en San José y por circunstancias de la vida él fue la primera persona enterrada en este lugar.

Desde 1978 se crea el Comité Pro-Mejoras de San José y adquiere personería jurídica desde 1993, este grupo se encarga de la satisfacción de las necesidades principales de la comunidad, incluida el área de salud.

Ubicación

San José es una comunidad que forma parte de la parroquia Sidcay, está ubicada en la zona noreste del cantón Cuenca, y dentro de la provincia del Azuay.

Figura 1: Mapa del cantón Cuenca



Fuente: Mapa "Parroquias Rurales del cantón Cuenca"
<http://empresas-negocios-y-comercios-de-cuencaecuador.nireblog.com/post/2008/11/27/plano-turistico-de-cuencasus-parroquias-y-del-azuay>

Limita: al Norte con la comunidad de Bibín, al Sur con la comunidad de Jesús del Gran Poder, al Este con Ochoa León, y al Oeste con Caldera y Calvario.

Vías y medios de comunicación

La principal vía de acceso es la carretera Ricaurte – Santa Rosa, que llega hasta el centro de la comunidad; el principal medio de transporte es el bus, aunque también algunas familias poseen carros particulares.

Servicios

La mayor parte de la comunidad goza de servicio eléctrico y telefónico.

Gráfico 1: Disponibilidad de servicios



Vivienda

La construcción de la vivienda tradicional de adobe y paja ha ido disminuyendo, posiblemente como consecuencia de la migración. En la actualidad la mayor parte de casas está construida a base de cemento, bloque y/o ladrillo.

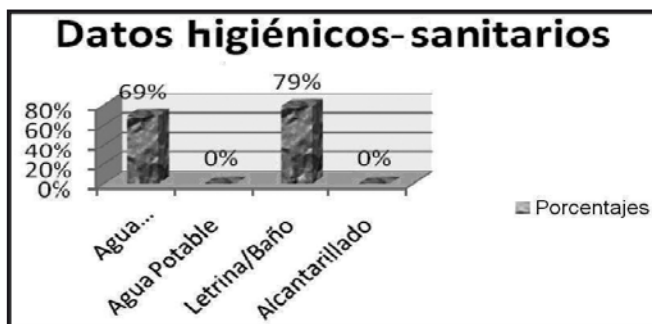
Fotografía 1: Vivienda tradicional

Fotografía 2: Vivienda Moderna



Según los datos estadísticos de la OMS en el Ecuador, en el año 2006, el 91% de la población rural tiene acceso a agua potable y el 72% acceso a servicios sanitarios. Estos datos son similares a los encontrados en esta comunidad.

Gráfico 2: Datos higiénicos-sanitarios



El tratamiento de basura se realiza principalmente por la recolección pública pero existen familias que todavía la queman, entierran o botan a la superficie.

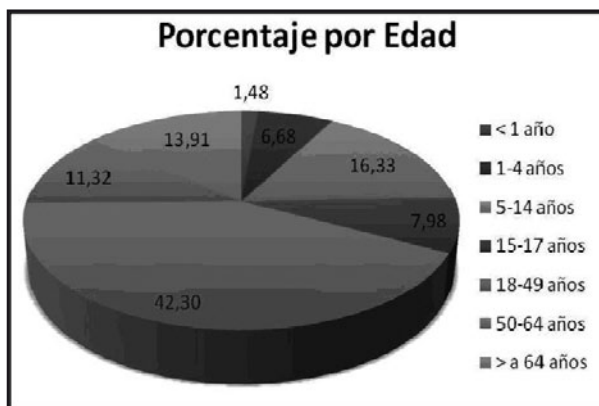
Gráfico 3: Tratamiento de basura



Características demográficas

San José está formado por 534 habitantes, la mayor parte de esta población se encuentra entre los 18 y 49 años de edad.

Gráfico 4: Población por grupos de edad



Está conformada principalmente por personas del sexo femenino, 58% de los habitantes.

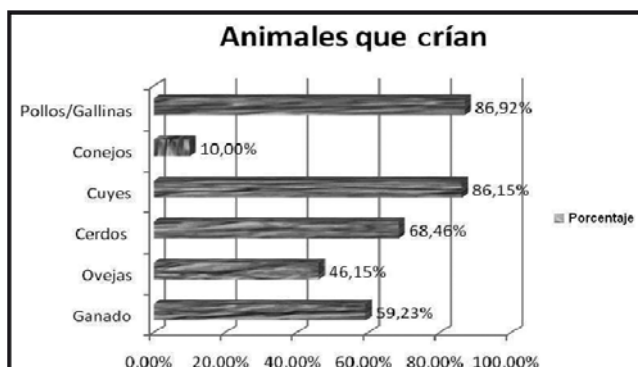
Gráfico 5: Población por grupo de edad y sexo



Características socio culturales y económicas

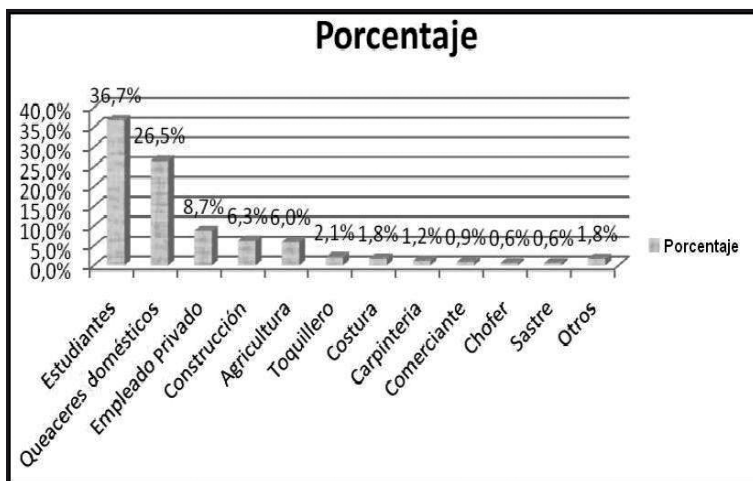
En los últimos años la migración se ha convertido en un factor de riesgo muy importante y está presente en el 63% de las familias, ocasionando desestructuración familiar en el 22,3% de las mismas.

Gráfico 6: Factores de riesgo



La población en edad productiva que va desde los 15 a los 65 años, está constituida principalmente por estudiantes en un 36,7%, y personas que se dedican a quehaceres domésticos 26,51%. Los principales oficios en los que se emplea la población son los siguientes: trabajo en empresas privadas, construcción, agricultura y la elaboración de sombreros de paja toquilla, trabajo tradicional que de una u otra forma se ha mantenido con el paso de los años.

Gráfico 7: Ocupación de la población



Fotografía 3: Sombrero de paja toquilla



El cultivo de productos agrícolas y la crianza de animales son las principales fuentes de alimentación de la población.

Gráfico 8: Crianza de animales

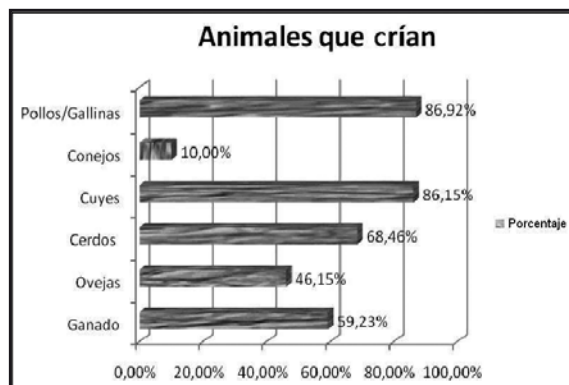
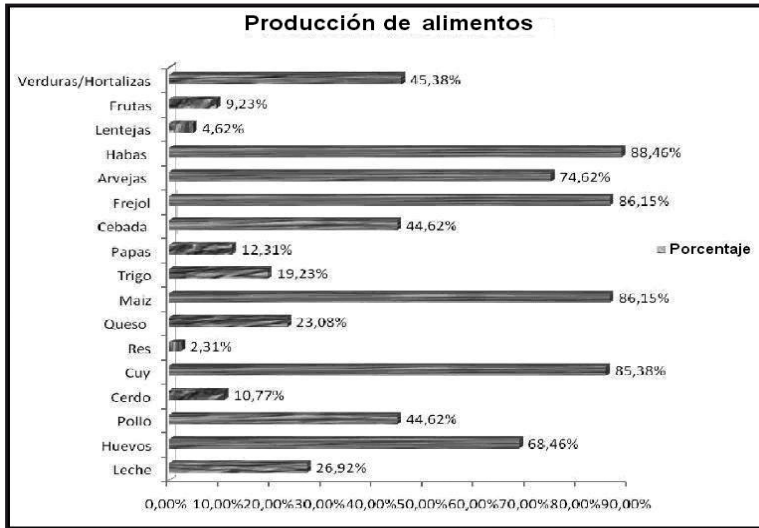
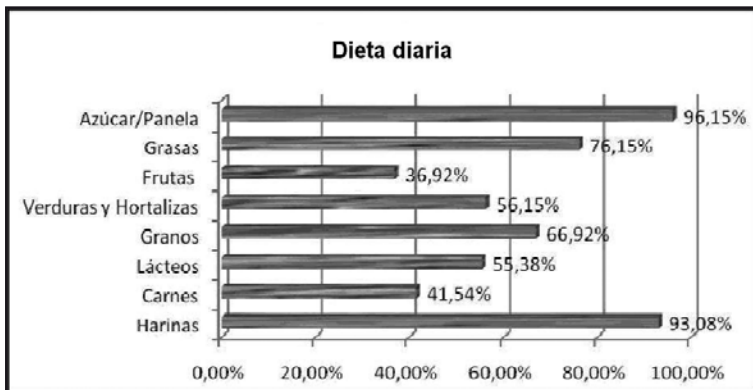


Gráfico 9: Producción de alimentos



La Dieta diaria se basa principalmente en carbohidratos, granos, azúcar, y en menor cantidad proteínas, frutas.

Gráfico 10: Grupo de alimentos en la dieta diaria de la población



Servicios de salud disponibles

El Ministerio de Salud está presente en la comunidad de San José. Presta atención médica 5 días a la semana, en un horario de 07h30 a 15h30, con un grupo conformado por un médico, una auxiliar de enfermería (tres días por semana), una auxiliar de comunidad (dos días por semana), una odontóloga y un psicólogo (dos días por semana). También existe un servicio privado de odontología (dos días a la semana) y agentes de medicina tradicional.

Fotografía 4: Dispensario médico



Fotografía 5: Dispensario médico



Las principales patologías atendidas como consulta en el Dispensario Médico, en los meses de Abril – Mayo de 2007, fueron las siguientes (Las enfermedades están catalogadas con la Codificación de Diagnósticos y Procedimientos Médicos” publicado por el MSP del Ecuador en febrero de 2009):

Gráfico 11: Principales patologías atendidas en el Dispensario Médico entre Abril – Mayo de 2007

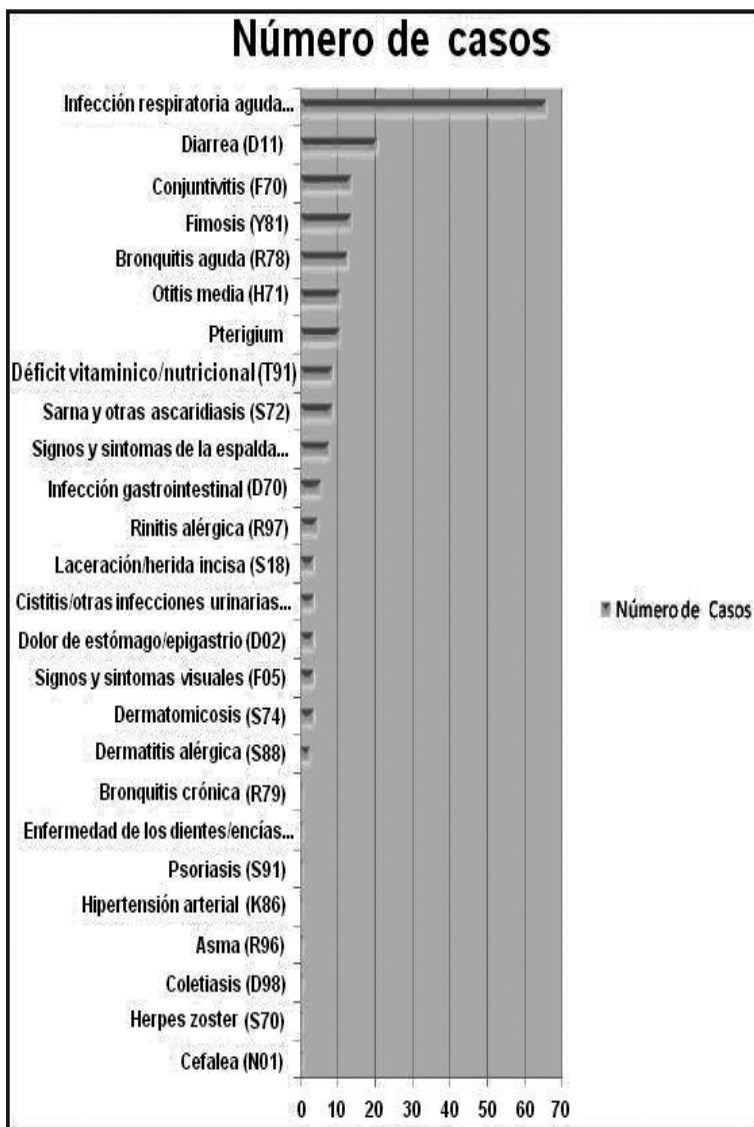
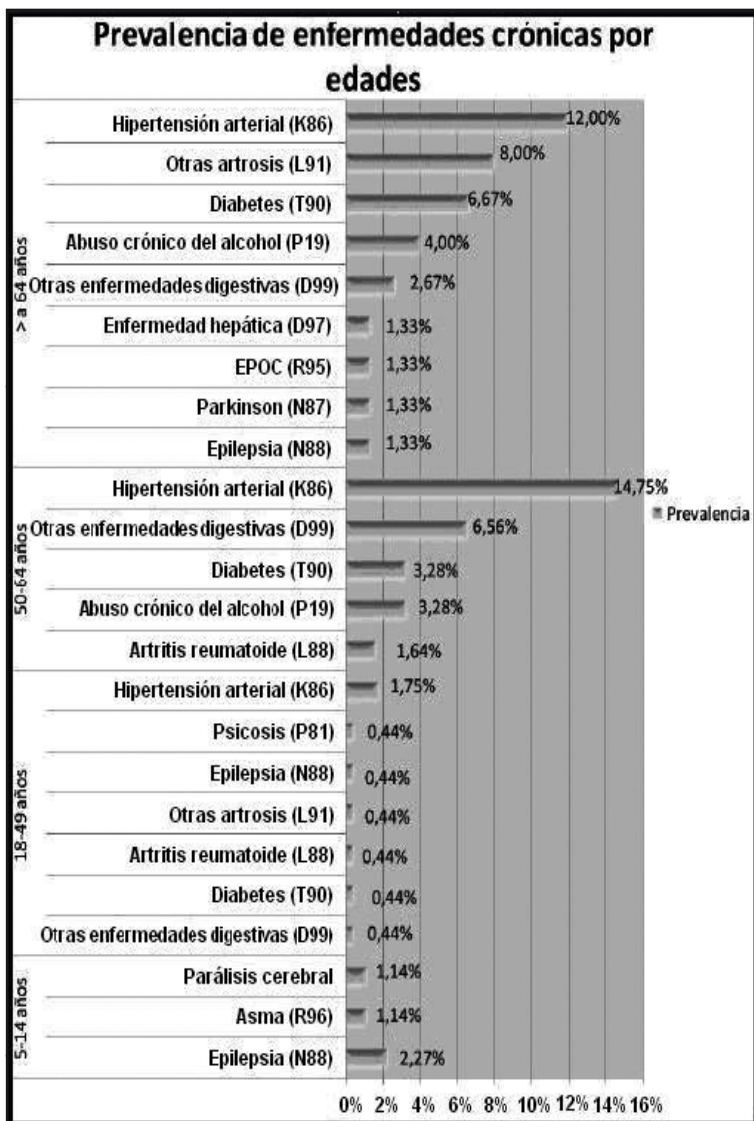


Gráfico 12: Prevalencia de enfermedades crónicas por edades



Todos estos aspectos se sintetizan, a manera de conclusión, en el mapa parlante de riesgos biológico, ambiental y socioeconómico que se presenta en el Anexo 1

Conclusión

Al realizar este estudio se han podido conocer las diferentes características de la comunidad de San José de Sidcay, y esto a su vez podría ser utilizado para la planificación de proyectos de salud, basados en sus necesidades, para conseguir el desarrollo del sector.

Bibliografía

Brownson, C., A. Baker, f. Novick, Community Based Prevention: Programs that Work, Jones & Bartlett Publishers; 1st edition, 1999.

Ministerio de Salud Publica del Ecuador, “Codificación de Diagnósticos y Procedimientos Médicos”, febrero 2009

Fuentes Primarias

Partes de Atención diarios del centro de salud de San José de Sidcay del periodo abril-Mayo 2007.

Entrevista con el Señor Julio Aucapiña, quien nos informo sobre los aspectos históricos de la comunidad.

Páginas Web

Mapa “Parroquias Rurales del cantón Cuenca”
<http://empresas-negocios-y-comercios-de-cuencaecuador.nireblog.com/post/2008/11/27/plano-turistico-de-cuenca-sus-parroquias-y-del-azuay>

WHO statistical Information System, “Population with sustainable access to improved drinking water sources (%) rural - Population with sustainable access to improved sanitation (%) rural”
<http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>

Anexo 1: Fotografía del Mapa Parlante que se encuentra en la comunidad de San José de Sidcay

En este mapa se encuentra la ubicación de cada casa habitada perteneciente a la comunidad; y cuenta con los siguientes datos:

