

REVISTA
DE LA
FACULTAD
DE
CIENCIAS
MEDICAS

fcm

QUITO - ECUADOR

VOL. VII - No. 1 - 2
Enero-junio 1982

fcm

REVISTA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD CENTRAL
DEL ECUADOR

VOL. VII. No. 1 - 2

ENE - JUN 1982

Los textos publicados son de
responsabilidad de los autores

Canje, pedidos y colaboraciones:

Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas.

Sodiro e Iquique
Quito - Ecuador
Telf: 23 51 12

Director:

DR. FRANCISCO GUERRERO

Editor:

Dr. DIMITRI BARRETO

Consejo Editorial:

Dr. GALO HIDALGO
Dr. LAUTARO POZO

Impresión:

Departamento de Publicacio-
nes, Facultad de Ciencias Mé-
dicas, Universidad Central.

Edición:

Facultad de Ciencias Médicas

MIEMBROS DE CONSEJO DIRECTIVO

DECANO	<i>Dr. Rodrigo Yépez M.</i>
SUBDECANO	<i>Dr. Víctor Hugo Andrade</i>
COORDINADOR	<i>Dr. Hernando Rosero</i>
PRIMER VOCAL PRINCIPAL	<i>Dr. Humberto Ramos</i>
SEGUNDO VOCAL PRINCIPAL	<i>Dr. Germán Cifuentes</i>
PRIMER VOCAL SUPLENTE	<i>Dr. Fernando Sempétegui</i>
SEGUNDO VOCAL SUPLENTE	<i>Dr. Víctor Alberto Arias</i>
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA	<i>Dr. Enrique Chiriboga</i>
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA	<i>Dr. Alcý Torres</i>
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA	<i>Dr. Carlos Valencia</i>
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA	<i>Lcda. Constance de Baquero</i>
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESCUELA DE MEDICINA	<i>Sr. Víctor Hugo Rojas</i>
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA	<i>Srta. Hilda León</i>
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESCUELA DE ENFERMERIA	<i>Srta. Josefina Vargas</i>
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION ESCUELA DE OBSTETRICIA	<i>Srta. Isabel Trujillo</i>
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DE PROFESORES	<i>Dr. Oswaldo Morán</i>
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DE EMPLEADOS	<i>Sr. Luis Pazmiño</i>
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL AL H. C. U.	<i>Dr. José Ruales</i>
REPRESENTANTE ESTUDIANTE DE LA ESCUELA DE MEDICINA	<i>Sr. Fernando Chamba</i>
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA	<i>Srta. Martha Gordillo</i>
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA	<i>Srta. Cumandá Pasquel</i>
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL DE LA ESCUELA DE TECNOLOGIA MEDICA	<i>Sr. Roberto Muñoz</i>
REPRESENTANTE DE LOS EMPLEADOS Y TRAB.	<i>Sr. René Gómez</i>
SECRETARIO	<i>Dr. Mario Artieda</i>

Sumario

	Pág.
Editorial	5
Información a los Autores	7
TRABAJOS ORIGINALES	
El Auxograma: Para el diagnóstico del crecimiento físico y la desnutrición: Dr. César Hermida Bustos.	11
Líquido Amniótico: Pruebas de madurez fetal realizadas en líquido amniótico: Dr. Rubén Buchell Terán, Dr. Eduardo Buchell, Dr. Edgar Játiva, Dr. Antonio Vergara, Srta. Mariela Baquero, Sr. Estevan Aguilar, Sr. Carlos Almeida, Dr. Eduardo Ayala.	37
Influencia de la televisión en la Salud Mental: Dr. Homero Estrella y Dr. Fernando Durán	45
El Peso para la edad: Índice de estado nutricional en lactantes y preescolares: Dra. Luisa Tejada Pazmiño, Dr. Enrique Chiriboga Villaquirán y Dra. Elena Apolo Williams.	57
CASOS CLINICOS	
Eclampsia en la Maternidad Isidro Ayora: Dr. Fabián Orbe Garcés y Dr. Angel Lara del Pozo.	77
Tuberculosis Pulmonar: Revisión de ocho años del Dispensario de Ex-LEA No. 2, adscrito al Hospital "Eugenio Espejo" 1974 - 1981: Dr. Wilson Peñafiel R. y Dr. Miguel Angel Coloma	89
Cimetidina en Ulcera Duodenal: Dr. Gonzalo Puga y Dr. Tomás Calero.	105
Lesión del Conducto torácico a nivel cervical reparado quirúrgicamente: Dr. Luis Pacheco O.	109
TEMAS DE REVISION	
La situación de Salud en el país: Elementos para el análisis: Dr. Ramiro Estrella Cahueñas y Dr. Jorge Oviedo Carrillo.	115
EDUCACION MEDICA	
Educación continua en la Salud: Dr. Marco Alvarez, Dr. Jorge Oviedo y Dr. Joffre Egas.	127

EDITORIAL

LA ESCUELA DE GRADUADOS

La transmisión de un saber especializado que responda a las exigencias de salud del país, conllevó a que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, asuma el reto de extender su campo de acción, hace más de una década, desarrollando los Cursos de Post-grado para la formación de especialistas en diversas ramas del saber médico.

La experiencia ganada a lo largo de este periodo, el desarrollo de la ciencia, las transformaciones estructurales del país y las modificaciones en la práctica médica, confluyen ahora, para dar una nueva forma de organización a estos cursos y a otras actividades de educación del graduado: La Escuela de Graduados, legítima aspiración de la Facultad, desde varios años atrás.

Esta nueva escuela universitaria, se organiza teniendo como mira el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Formar a nivel de postgrado, a los profesionales graduados médicos, enfermeras, obstétricas, tecnólogos médicos, otorgándoles una adecuada preparación científica, técnica y humanística y una amplia concepción de servicio a fin de velar por la salud integral del pueblo ecuatoriano, propendiendo al desarrollo social, político y económico del país y al avance de la ciencia.

- Organizar, ejecutar y supervisar programas de residencia de postgrado para la for-

JAINOTIS

mación de especialistas en diversas ramas de las Ciencias de la Salud, de acuerdo a las necesidades del país.

— Promover, realizar y/o auspiciar cursos, cursillos, seminarios, congresos, etc. para la difusión de los adelantos científicos y la actualización profesional, en el área de la educación continuada en Ciencias de la Salud, coordinando sus acciones con sociedades científicas y otras entidades y organismos afines.

— Fortalecer acciones de docencia, servicio e investigación a través del trabajo que cumplen en el área rural, los profesionales graduados de la Facultad.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, la Escuela contará con tres departamentos iniciales, a saber: Departamento de Especialización, de Salud Rural y de Educación continuada, con ellos su acción se desarrollará en diversos campos, pero manteniendo una unidad conceptual y programática, de tal manera que garantice una optimización de los recursos empleados.

La Escuela de Graduados constituye una respuesta oportuna a una necesidad nacional, que amerita una realización educativa de alta calidad científico-técnica, pero inscrita en el marco de una autenticidad histórica. Su trabajo, generará nuevas formas de expresión académica, abrirá caminos para una labor sistemática y efectiva con los colegios profesionales, las sociedades científicas y las instituciones de salud, a fin de desarrollar mecanismos innovadores, no solamente en el campo de la formación de graduados, sino también en la definición de nuevas alternativas para el ejercicio profesional en los diferentes niveles de la estructura de servicio y para mejorar las condiciones de vida de los ecuatorianos.

INFORMACION A LOS AUTORES

- 1.— *La Revista de la Facultad de Medicina es una publicación periódica oficial de esta Institución que está dedicada a la difusión de trabajos científicos en el área de las Ciencias Médicas. Publica trabajos en idioma castellano, de profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina y de otros autores, previa aprobación del Consejo Editorial. La Revista consta de un Volumen anual, formado por cuatro números.*
- 2.— *La Revista publica: editoriales, trabajos originales, casos clínicos o resúmenes de sesiones clínico-patológicas, actualizaciones en medicina, estudios teóricos o ensayos referidos a las ciencias médicas, trabajos de educación médica, comentarios bibliográficos, etc.*
- 3.— *Los trabajos que se envían deben ser inéditos y el Consejo Editorial se reserva todos los derechos de programación, impresión o reproducción, total o parcial de los trabajos que reciba, dando la información correspondiente al autor y autores del mismo.*
4. *Los trabajos se presentarán escritos a máquina, por duplicado, en papel tamaño carta, escritos a doble espacio. La extensión máxima será de veinte páginas. Se Incluyen aquí: 1) Nombre del autor o autores; 2) Nombre de la Institución donde fue realizado el trabajo; 3) Resumen de no más de 300 palabras, que debe contener datos precisos sobre el texto del trabajo, no podrá contener tablas, figuras o notas; 4) Otro resumen en Inglés de no más de 300 palabras; 5) Lista de referencias bibliográficas.*
- 5.— *En lo posible, el trabajo original debe constar de las siguientes secciones: 1) Título: breve, claro, preciso; 2) Introducción: que debe hacer referencia a los antecedentes y objetivos del trabajo; 3) Materiales y Métodos: debe contener la metodología y la descripción de los materiales, técnicas, etc., utilizados; 4) Resultados: se mencionan los resultados obtenidos, en forma objetiva y precisa. Se pueden utilizar tablas, figuras, etc. Los datos cuantitativos deben ser tratados estadísticamente; 5) Discusión, comentarios o consideraciones: este capítulo hace mención a la discusión de la hipótesis, a la explicación o comentarios del trabajo, la comparación con los trabajos de otros autores, en el mismo tema; 6) Conclusiones y/o Resumen: en el caso de que el Trabajo permita la obtención de conclusiones, éstas deben presentarse enumeradas. El resumen debe ser suficientemente claro y preciso.*
- 6.— *Las referencias bibliográficas deben ser mencionadas en el texto, según el orden de*

aparición, con números arábigos, se presentará la lista numerada y perfectamente ordenada de las citas bibliográficas. La forma de redacción de la cita debe ajustarse a la que utiliza el *Index Medicus*.

Revista:

Apellido del autor, (coma). Inicial del nombre del autor. (punto, dos puntos). Título del artículo, (punto). Nombre de la Revista o abreviatura aceptada de la misma (coma). Volumen: (dos puntos). Página inicial, (coma). Año. (punto).

Libro:

Apellido del autor, (coma). Iniciales del nombre del autor:(punto, dos puntos). Nombre del libro.(punto). Nombre de la editorial, (coma). Ciudad de publicación, (coma). Año de publicación. (punto); punto y coma si a continuación se hace referencia a la página. (punto).

7. Las ilustraciones podrán ser tablas y figuras o gráficos.

Tablas: Deberán ser enviadas escritas a máquina, en hojas separadas a las del texto y numeradas progresivamente con números romanos. Deberán contener un título claro y conciso, centrado en la parte superior. Se trazarán una línea horizontal debajo del título, debajo de los encabezamientos de las columnas y otra al final de cada columna. No deberán trazarse líneas verticales.

Figuras o gráficos: Serán realizados en cartulina con tinta china negra, con formato 20 x 28 cm. Las reproducciones fotográficas deben ser de alta calidad, claras y bien contrastadas sobre papel brillante. Cada ilustración (gráficos, dibujos, fotografías), será numerada consecutivamente con números arábigos, en el orden en que se mencionan en el texto.

Esta numeración será anotada con lápiz blando, al dorso de la ilustración, se anotará al lado del número, el nombre del autor principal. El número de ilustraciones deberá limitarse a lo estrictamente necesario.

8 Los trabajos que se publiquen (Texto e ilustraciones), no serán devueltos. Los trabajos no publicados, se remitirán a los autores. Los autores son responsables de la calidad científica y de las opiniones vertidas en sus trabajos.

9. Toda correspondencia debe ser enviada al Director y/o Editor de la Revista. Facultad de Ciencias Médicas, calle Sodiro e Iquique s/n, Quito-Ecuador.

Trabajos
Originales

EL AUXOGRAMA

Para el diagnóstico del crecimiento físico y la desnutrición

Dr. César Hermida Bustos*

ANTECEDENTES:

Ante la necesidad de conocer nuestra realidad para transformarla, y teniendo en cuenta, por un lado, que el crecimiento físico de los niños está ampliamente reconocido como un índice sensible de la salud y nutrición de una población (Jordán 1975, 1977, 1979; Tanner 1966, 1976; Morley 1973; Eveleth 1976; Faulhaber 1976; Sabry 1977; Behar 1977; FAO 1977; Cameron 1978) y por otro lado, que la antropometría (parte de la Auxología, de "auxos" crecimiento) está considerada como la mejor herramienta para el diagnóstico del estado nutricional (Jelliffe 1966; Meredith 1969; Malina 1972; Kohn 1973; Burguess 1975; Seoane 1977; Rona 1978; Waterlow 1972, 1973, 1977; González 1982), propusimos en 1980 el instrumento metodológico-técnico denominado AUXOGRAMA, para el diagnóstico clínico y epi-

demiológico del crecimiento infantil y la desnutrición.

Dicho instrumento considerado simple, uniforme y adaptado al medio, ha sido probado en diversos trabajos, algunos ya publicados (Hermida 1980, 1981).

OBJETIVOS:

- a. Utilizar un PARAMETRO o ESTANDAR único, recomendable a nivel mundial con fines comparativos. Este DENOMINADOR COMUN o REFERENCIA permite superar los inadecuados valores "locales", los inconvenientes valores "nacionales" de diverso origen, y los ya antiguos valores "venerables".
- b. Utilizar UN SOLO VALOR ESTADISTICO

como límite para el diagnóstico de la desnutrición. Este valor sencillo y pedagógico evitaría las permanentes confusiones entre desviaciones estándar, percentiles y otros.

- c. Diagnosticar la desnutrición presente y pasada a través de la utilización de las variables consideradas fundamentales tanto en clínica como en epidemiología: EDAD, SEXO, PESO, TALLA.
- d. Graficar los resultados.

METODOLOGIA:

- a. Se utiliza los valores del CENTRO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS (NCHS-USA) como ESTÁNDAR, o PARAMETRO de REFERENCIA (NCHS 1977; Hamill 1979; OPS - OMS 1980).
- b. Se utiliza el PORCENTAJE DE LA MEDIANA de peso y talla como límite de clasificación.
- c. Se clasifica el caso o casos, en uno de los CUATRO GRANDES GRUPOS, siguiendo el diagrama de acción de Waterlow, con el 80o/o del Estándar de peso y el 90 o/o del Estándar de talla, para edad y sexo.
- d. La profundización para el estudio de 16 GRUPOS se efectúa con los siguientes porcentajes del estándar: 90 o/o, 80 o/o, 70 o/o, para el peso y 95o/o, 90o/o y 85o/o para la talla.
- e. Se grafica la ubicación del caso o los casos en el Auxograma.

Para el diagnóstico individual y grupal, del estado nutricional (crecimiento físico).

El gráfico consiste en un eje de coordenadas que tiene en la ordenada (vertical) el peso en kilogramos y en la abscisa (horizontal) la talla en milímetros. De acuerdo a estas variables se encuentran graficados los valores normales para cada edad, ("mediana" para cada edad) del NCHS de los USA.

Al lado izquierdo de la vertical se encuentran

señaladas las edades que marcan los valores correspondientes al 80o/o de la mediana para el peso. Como puede observarse en la tabla anexa, el 80o/o corresponde muy similarmente, al tercer percentil y a menos dos desviaciones estándar, de la mediana de peso para cada edad.

Por debajo de la horizontal se encuentran marcadas las edades que señalan los valores correspondientes al 90o/o de la mediana para la talla. Como puede observarse en la tabla anexa, el 90o/o corresponde muy similarmente al tercer percentil y a menos dos desviaciones estándar, de la mediana de talla para cada edad.

El gráfico sirve para estudios individuales referidos a la evolución del peso y la talla en diferentes edades de una misma persona, así como para estudios poblacionales transversales. En ambos casos se marcan con puntos los valores individuales, justamente en donde se encuentran los valores de peso y talla en cada individuo.

Luego de graficar este punto de cruce del peso y la talla, se procede a trazar dos líneas, una perpendicular y otra horizontal, que parten de la edad correspondiente del individuo (o individuos).

Esta operación debe hacerse en el gráfico correspondientes para cada sexo.

El individuo (o los individuos) quedan ubicados en uno de los cuatro grupos:

- A. (Arriba y derecha) "Normales"
No requieren ninguna acción.
- B. (Abajo y derecha) "Bajos de peso, aunque normales de talla" - Desnutrición presente - Rehabilitación, dieta (Complementación Alimentaria).
- C. (Arriba e izquierda) "Bajos de talla, aunque normales de peso" - Desnutrición pasada - Acción preventiva previa, no hay acción presente.
- D. (Abajo e izquierda) "Bajos de talla y peso" - Desnutrición presente y pasada - Acción urgente, posiblemente hospitalaria, y en la comunidad. Complementación alimentaria.

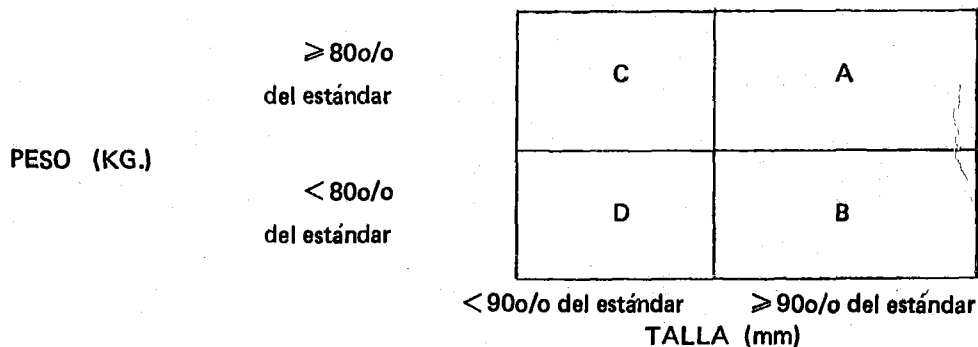
CUADRO No.1

ESTANDAR (NCHS - USA) DE TALLA Y PESO, Y PORCENTAJES
PARA CUATRO GRANDES GRUPOS

EDAD	H O M B R E S				M U J E R E S			
	TALLA E (M)	(cm) 90o/o	PESO E (M)	(kg) 80o/o	TALLA E (M)	(cm) 90o/o	PESO E (M)	(kg) 80o/o
Nac.	50.5	45.45	3.27	2.616	49.9	44.91	3.23	2.584
1 m.	54.6	49.14	4.29	3.432	53.5	48.15	3.98	3.184
3 m.	61.1	54.99	5.98	4.784	59.5	53.55	5.40	4.320
6 m.	67.8	61.02	7.85	6.280	65.9	59.31	7.21	5.768
9 m.	72.3	65.07	9.18	7.344	70.4	63.36	8.56	6.848
12 m.	76.1	68.49	10.15	8.120	74.3	68.87	9.53	7.624
18 m.	82.4	74.16	11.47	9.176	80.9	72.81	10.82	8.656
2 a.	87.6	78.84	12.59	10.072	86.5	77.85	11.90	9.520
2 a.	86.8	78.12	12.34	9.872	86.8	78.12	11.90	9.440
3 a.	94.9	85.41	14.62	11.696	94.1	84.69	14.10	11.280
4 a.	102.9	92.61	16.69	13.352	101.6	91.44	15.96	12.768
5 a.	109.9	98.91	18.67	14.936	108.4	97.56	17.66	14.128
6 a.	116.1	104.49	20.69	16.552	114.6	103.14	19.52	15.616
7 a.	121.7	109.53	22.85	18.280	120.6	108.54	21.84	17.472
8 a.	127.0	114.30	25.30	20.240	126.4	113.76	24.84	19.872
9 a.	132.2	118.99	28.13	22.594	132.2	118.98	28.46	22.768
10 a.	137.5	123.75	31.44	25.152	138.3	124.47	32.55	26.040
11 a.	143.3	128.97	35.30	28.240	144.8	130.32	36.95	29.560
12 a.	149.7	134.73	39.78	31.824	151.5	136.35	41.53	33.224

E. Estandar
(M) Mediana

CUADRO No.2
DIAGRAMA DE ACCION
PARA SEXO Y EDAD



Se utiliza la recomendación de Waterlow, de diferenciar los grados de déficit de peso y talla con

los siguientes porcentajes:

PESO:

Grado 0	≥ 90o/o
Grado 1	80 - 89o/o
Grado 2	70 - 79o/o
Grado 3	< 70o/o

TALLA:

Grado 0	≥ 95o/o
Grado 1	90 - 94o/o
Grado 2	85 - 89o/o
Grado 3	< 85o/o

Con estos porcentajes del estándar se diferencian para cada sexo y edad como puede observarse

en el Cuadro No. 3, los siguientes grupos:

- A₁ Normales, grado 0 en peso y talla
- A₂ Grado 1 en peso y grado 0 en talla
- A₃ Grado 0 en peso y grado 1 en talla
- A₄ Grado 1 en peso y talla
- B₁ Grado 2 en peso y grado 0 en talla
- B₂ Grado 3 en peso y grado 0 en talla
- B₃ Grado 2 en peso y grado 1 en talla
- B₄ Grado 3 en peso y grado 1 en talla

- C₁ Grado 0 en peso y grado 2 en talla
- C₂ Grado 1 en peso y grado 2 en talla
- C₃ Grado 0 en peso y grado 3 en talla
- C₄ Grado 1 en peso y grado 3 en talla
- D₁ Grado 2 en peso y grado 2 en talla
- D₂ Grado 3 en peso y grado 2 en talla
- D₃ Grado 2 en peso y grado 3 en talla
- D₄ Grado 3 en peso y grado 3 en talla

CUADRO No.3

PESO Y TALLA, PORCENTAJE DEL ESTANDAR, POR EDAD Y SEXO
PARA 16 GRUPOS

SEXO:		Estándar de TALLA (mm):				
EDAD:		< 85o/o	85-89o/o	90-94o/o	≥ 95o/o	TOTAL
Estándar de PESO (kg):	≥ 90o/o	C ₃	C ₁	A ₃	A ₁	
	80-89o/o	C ₄	C ₂	A ₄	A ₂	
	70-79o/o	D ₃	D ₁	B ₃	B ₁	
	< 70o/o	D ₄	D ₂	B ₄	B ₂	
	TOTAL					

VARIABLES Y TECNICAS:

EDAD:

Se utilizará la comprobada con la partida de nacimiento, o constatada en el libro de registro local. Sólo para fines comparativos y de control podrá utilizarse la edad manifestada con o sin fecha y en este caso debe especificarse este detalle. Los años de edad se tomarán de .50 a .49, así los niños de 8 años, serán aquellos que tienen de 7.50 a 8.49 años de edad.

EDAD DECIMAL:

El año se divide en decimales. Cada día se marca en el calendario en milésimas de año (Tanner, Whitehouse). Si el examen es el 27 de abril de 1979 corresponde a 79.318. Si la fecha de nacimiento es el 7 de enero de 1972 corresponderá a 72.016. La edad al examen corresponderá a la simple resta.

$79.318 - 72.016 = 7.302$ y la última cifra se redondea. (Se anexa la tabla de números decimales).

PESO:

Se tomará a la más cercana décima de kilo, con balanzas calibradas cada día. Las medidas deben controlarse con el INEN. Los niños deben estar

desnudos o con mínima ropa interior (pantaloncillo o equivalentes) y en este caso estimarse el peso (aprox. 100g) para sustraer individualmente antes de procesar los datos. Debe especificarse este detalle.

TALLA:

Se tomará al más cercano milímetro. La referencia anatómica será el plano de Frankfort: el borde inferior de la órbita del ojo en el mismo plano horizontal que el meato auditivo externo.

Antes de los dos años: dos personas realizan la medición, una sujeta al tronco y la cabeza (tocando el ángulo) y otra tracciona los pies hasta el ángulo opuesto y lee, en posición Decúbito supino hasta los dos años.

La talla a partir de los dos años se tomará sin zapatos, con el niño de pie con los talones en contacto con el tallímetro. Mantendrá la cabeza con el cuello extendido hacia arriba, y mirando hacia adelante en el plano de Frankfort.

El ángulo del tallímetro se desciende hasta que toque la cabeza, y se aplica una firme pero suave tracción hacia arriba a nivel de la apófisis mastoideas, evitando que levante los talones.

PESO Y TALLA, PORCENTAJES DEL ESTANDAR, POR EDAD Y SEXO

Estandar Peso

	C ₃	C ₁	A ₃	A ₁	GRADO D
90 o/o	C ₄	C ₂	A ₄	A ₂	GRADO I
80 o/o	D ₃	D ₁	B ₃	B ₁	GRADO II
70 o/o	D ₄	D ₂	B ₄	B ₂	GRADO III
	85 o/o	90 o/o	95 o/o		Estandar Talla
	GRADO III	GRADO II	GRADO I	GRADO 0	

HOMBRES

0 MESES DE NACIMIENTO

Peso Kgr.

3.3
2.9
2.6
2.3

42 9 45 4 47 9 50 5 TALLA mm

MUJERES

0 MESES DE NACIMIENTO

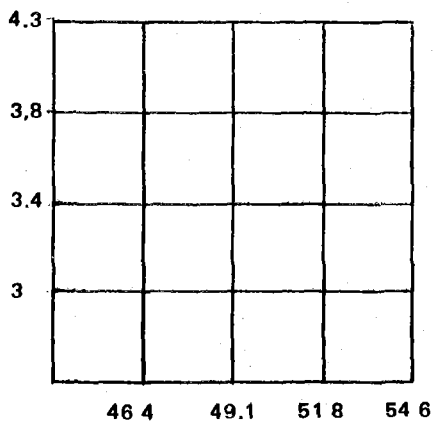
3.2
2.8
2.5
2.2

42 4 44 9 47 4 49 9

HOMBRES

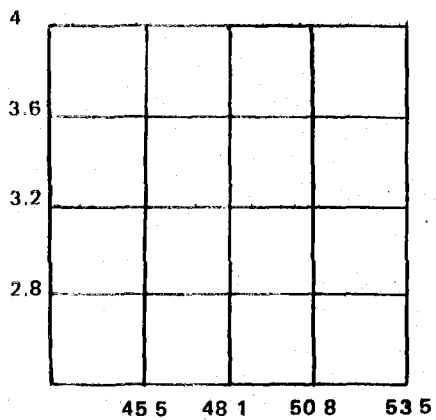
1 MES

Peso en Kgr.

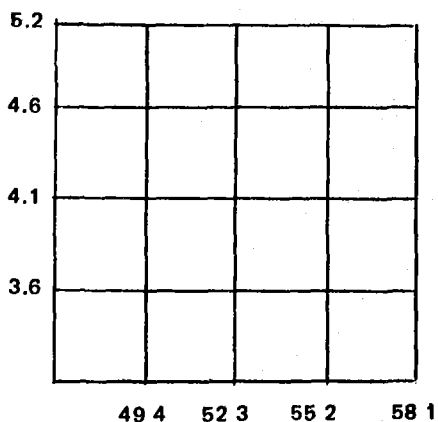


MUJERES

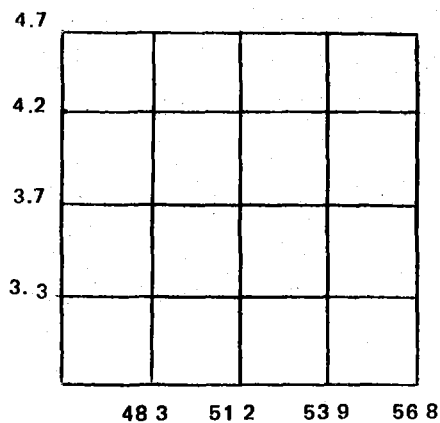
1 MES



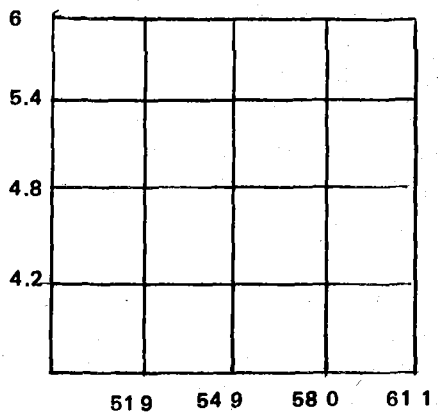
2 MESES



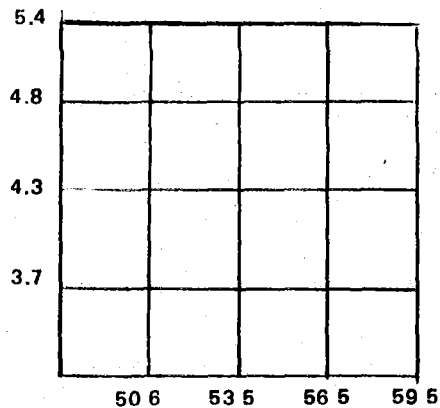
2 MESES



3 MESES



3 MESES

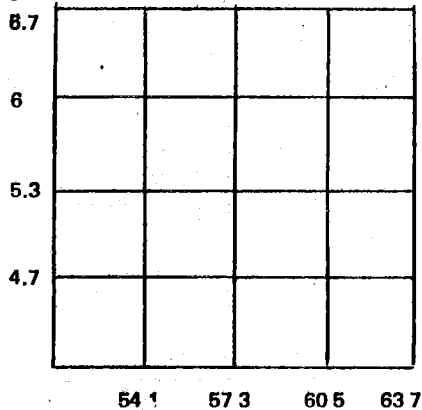


Talla m m

HOMBRES

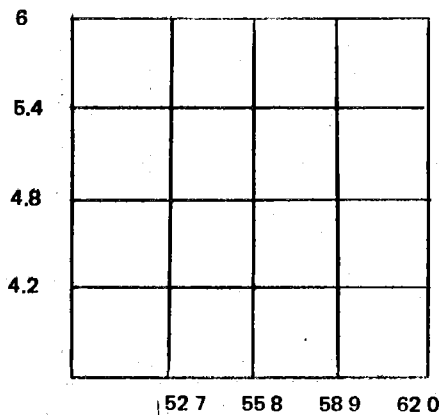
4 MESES

Peso Kgr.

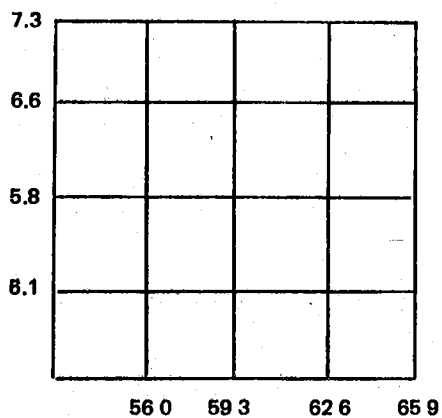


MUJERES

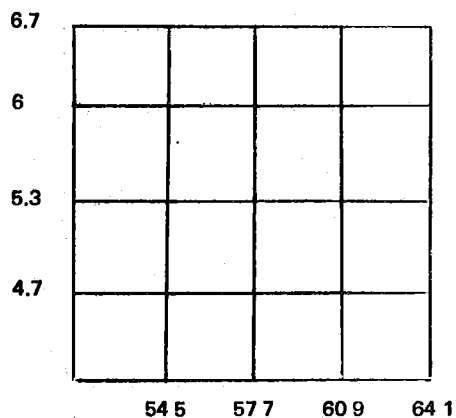
4 MESES



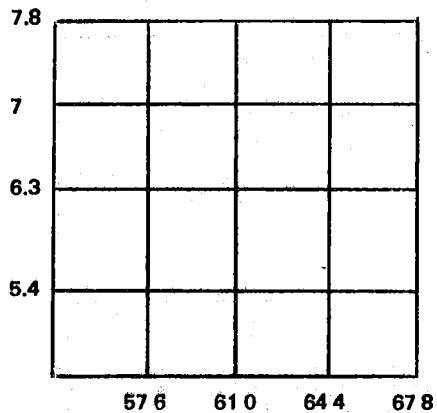
5 MESES



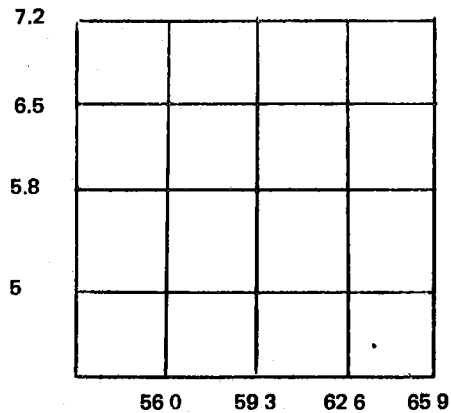
5 MESES



6 MESES



6 MESES

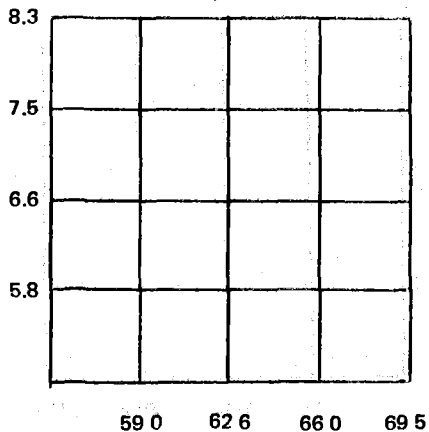


Talla m m

HOMBRES

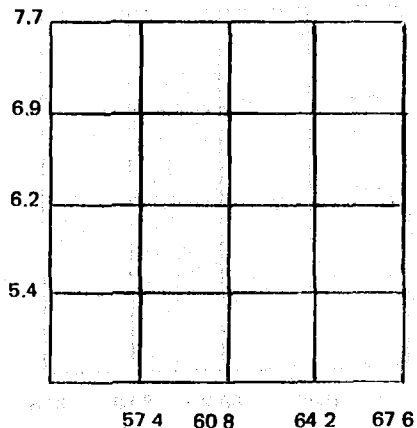
7 MESES

Peso en Kgr.

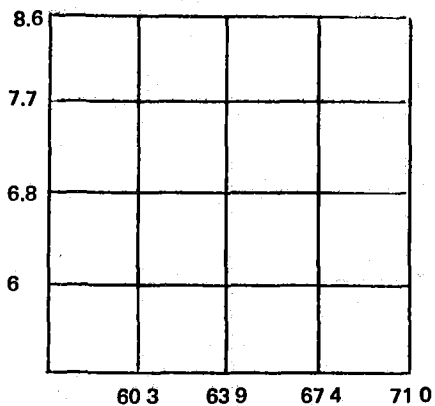


MUJERES

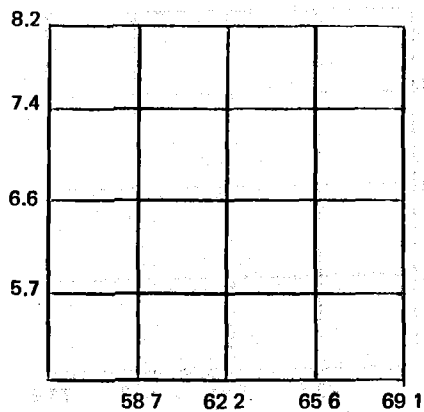
7 MESES



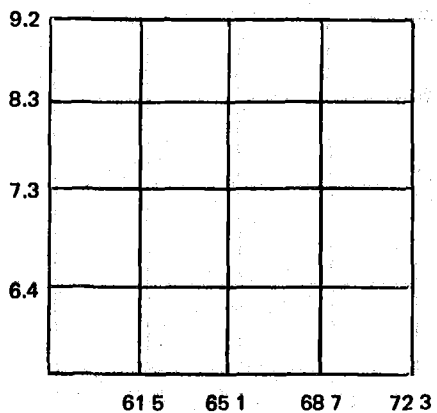
8 MESES



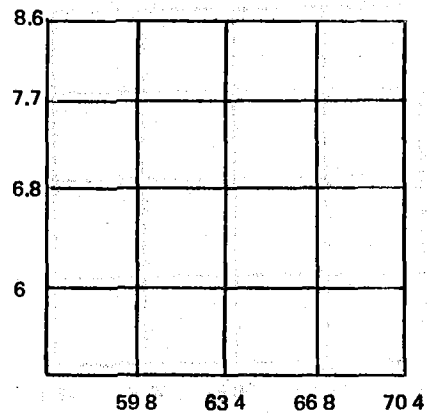
8 MESES



9 MESES



9 MESES

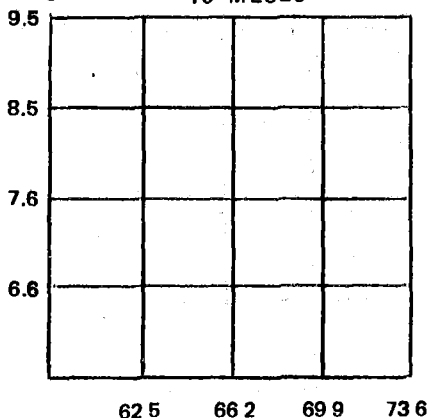


Talla mm

HOMBRES

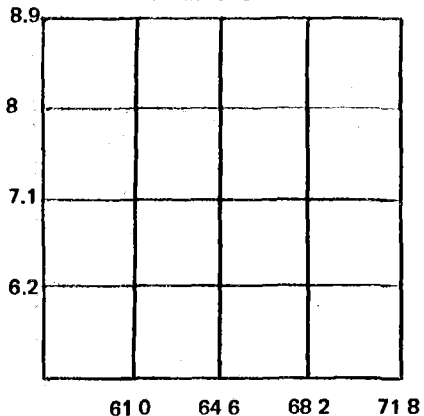
Peso en Kgr.

10 MESES

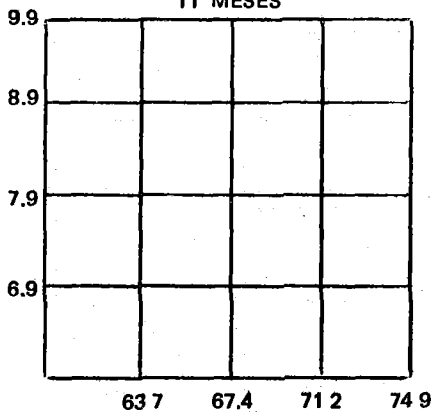


MUJERES

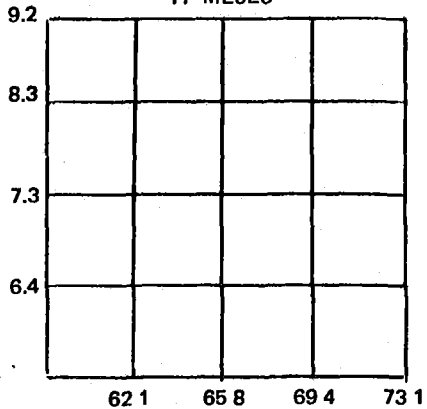
10 MESES



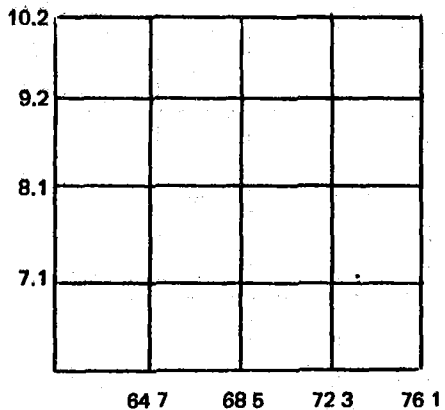
11 MESES



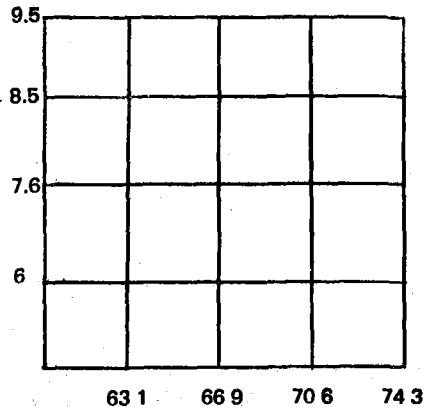
11 MESES



12 MESES



12 MESES

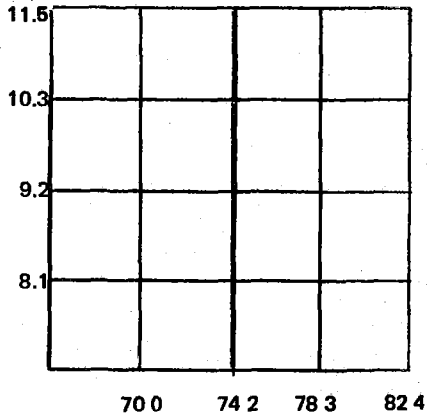


Talla mm

HOMBRES

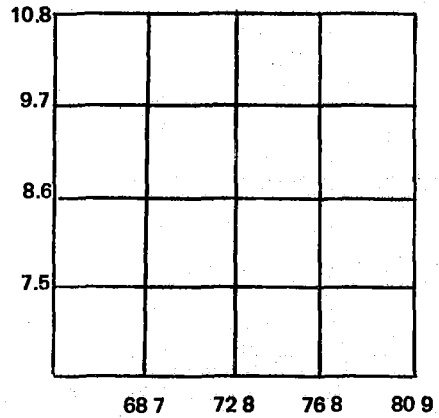
18 MESES

Peso en Kgr.

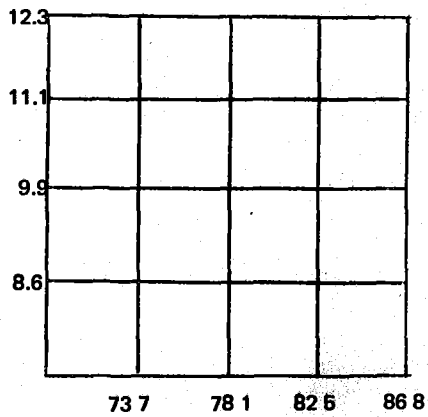


MUJERES

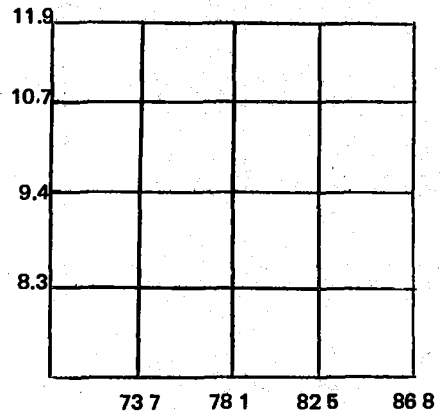
18 MESES



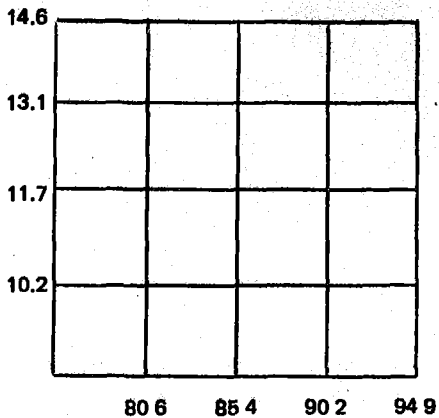
2 AÑOS (1.5 - 2.49)



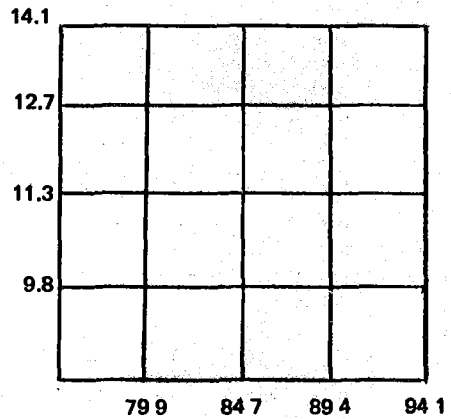
2 AÑOS (1.5 - 2.49)



3 AÑOS (2.5 - 3.49)



3 AÑOS (2.5 - 3.49)



Talla m m

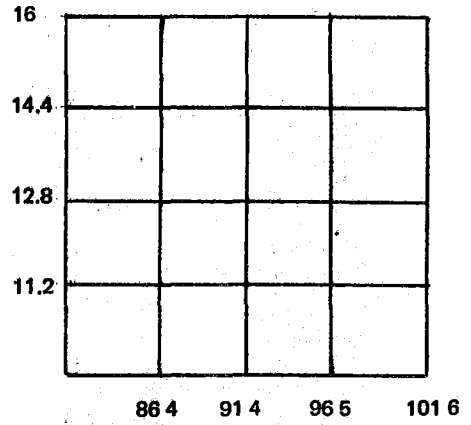
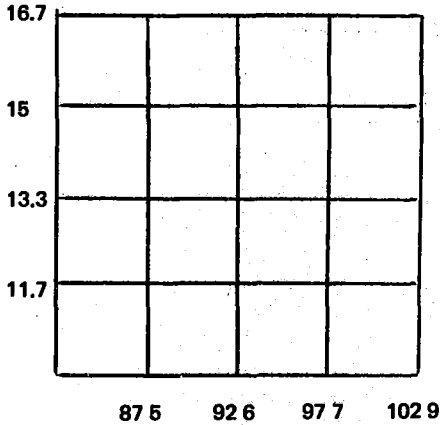
HOMBRES

MUJERES

Peso en Kgr.

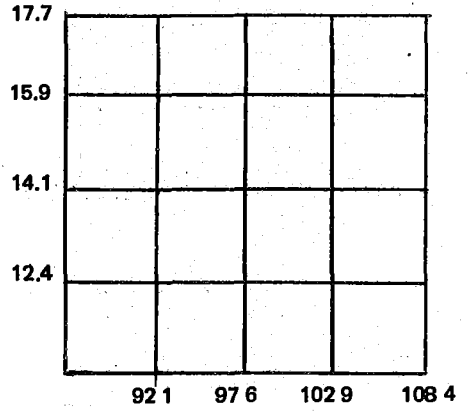
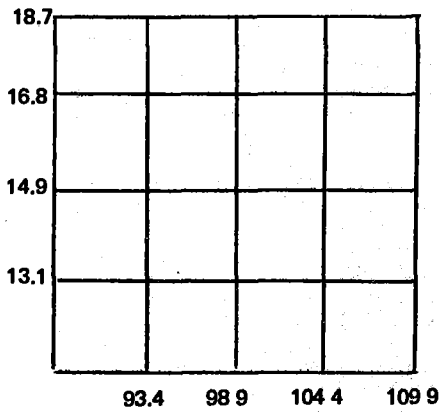
4 AÑOS (3.5-4.49)

4 AÑOS (3.5-4.49)



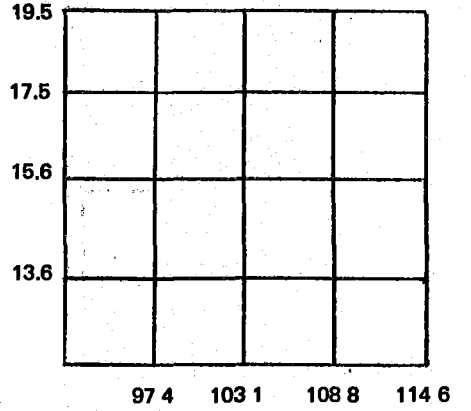
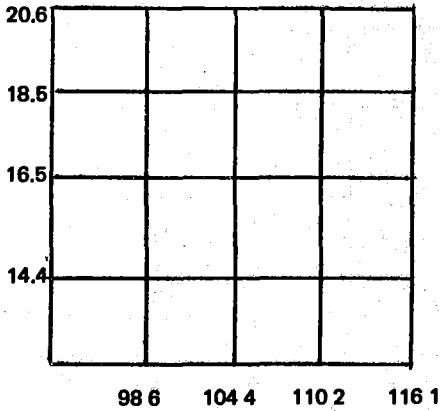
5 AÑOS (4.5-5.49)

5 AÑOS (4.5-5.49)



6 AÑOS (5.5-6.49)

6 AÑOS (5.5-6.49)

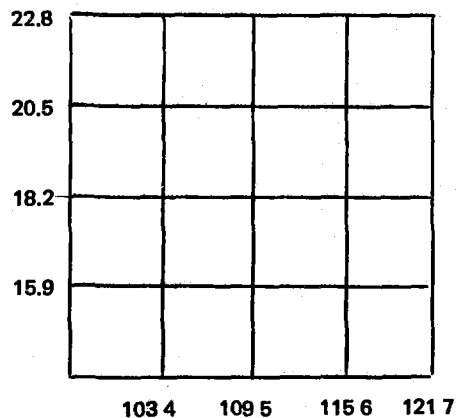


Talla mm

HOMBRES

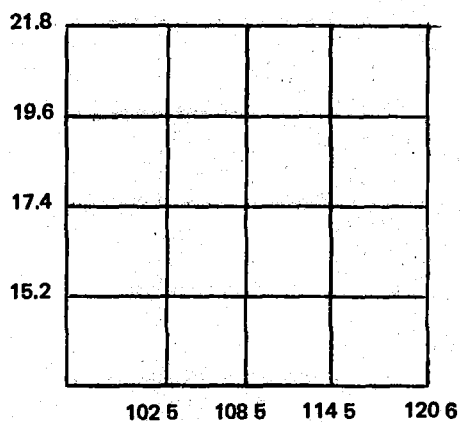
7 AÑOS (6.5 - 7.49)

Peso en Kgr.

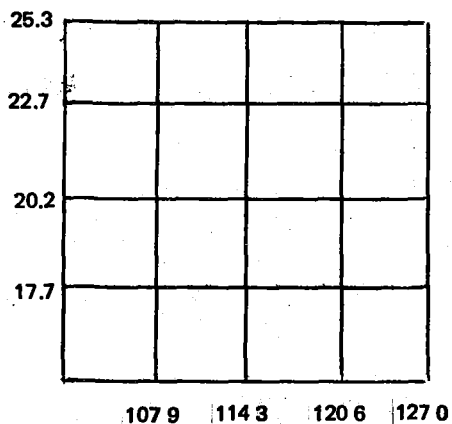


MUJERES

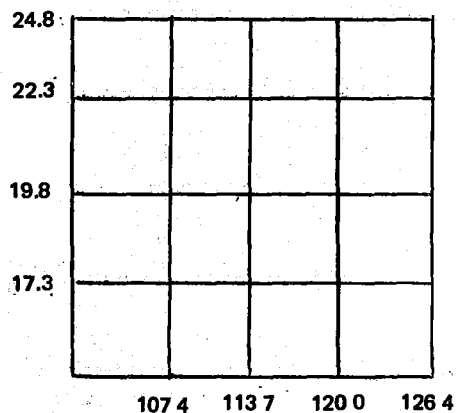
7 AÑOS (6.5 - 7.49)



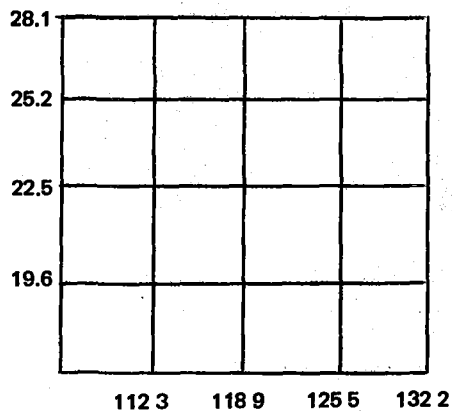
8 AÑOS (7.5 - 8.49)



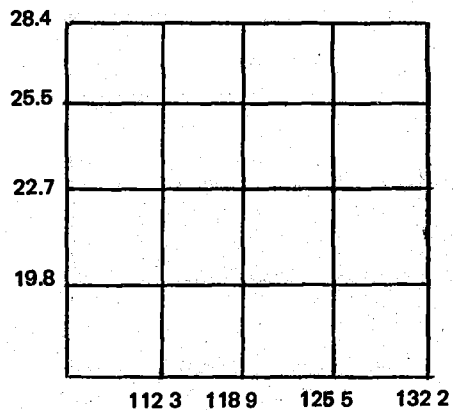
8 AÑOS (7.5 - 8.49)



9 AÑOS (8.5 - 9.49)



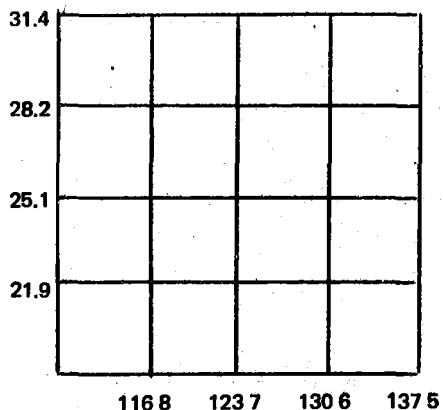
9 AÑOS (8.5 - 9.49)



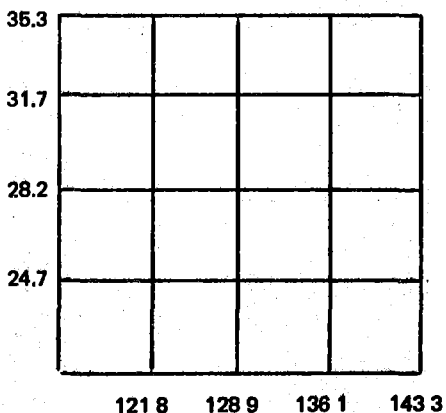
Talla m m

HOMBRES

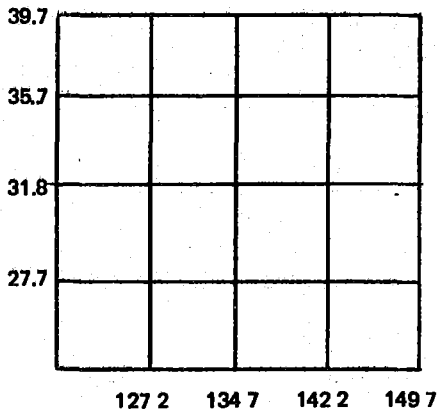
Peso en Kgr. 10 AÑOS (9.5 - 10.49)



11 años (10.5 - 11.49)

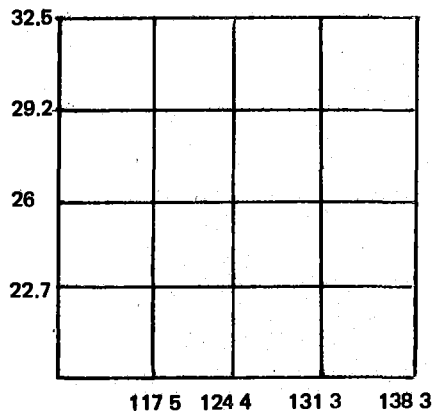


12 AÑOS (11.5 - 12.49)

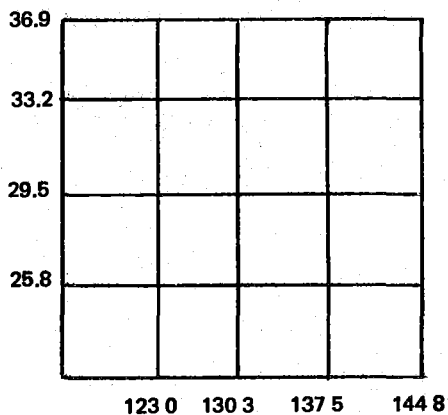


MUJERES

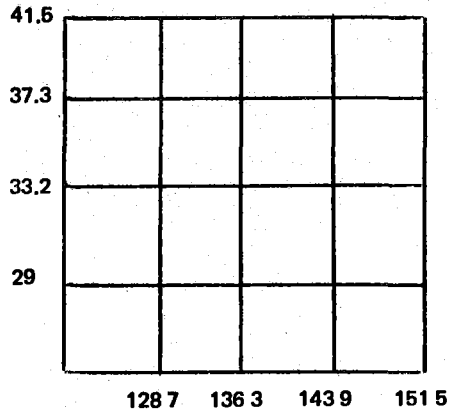
10 AÑOS (9.5 - 10.49)



11 AÑOS (10.5 - 11.49)



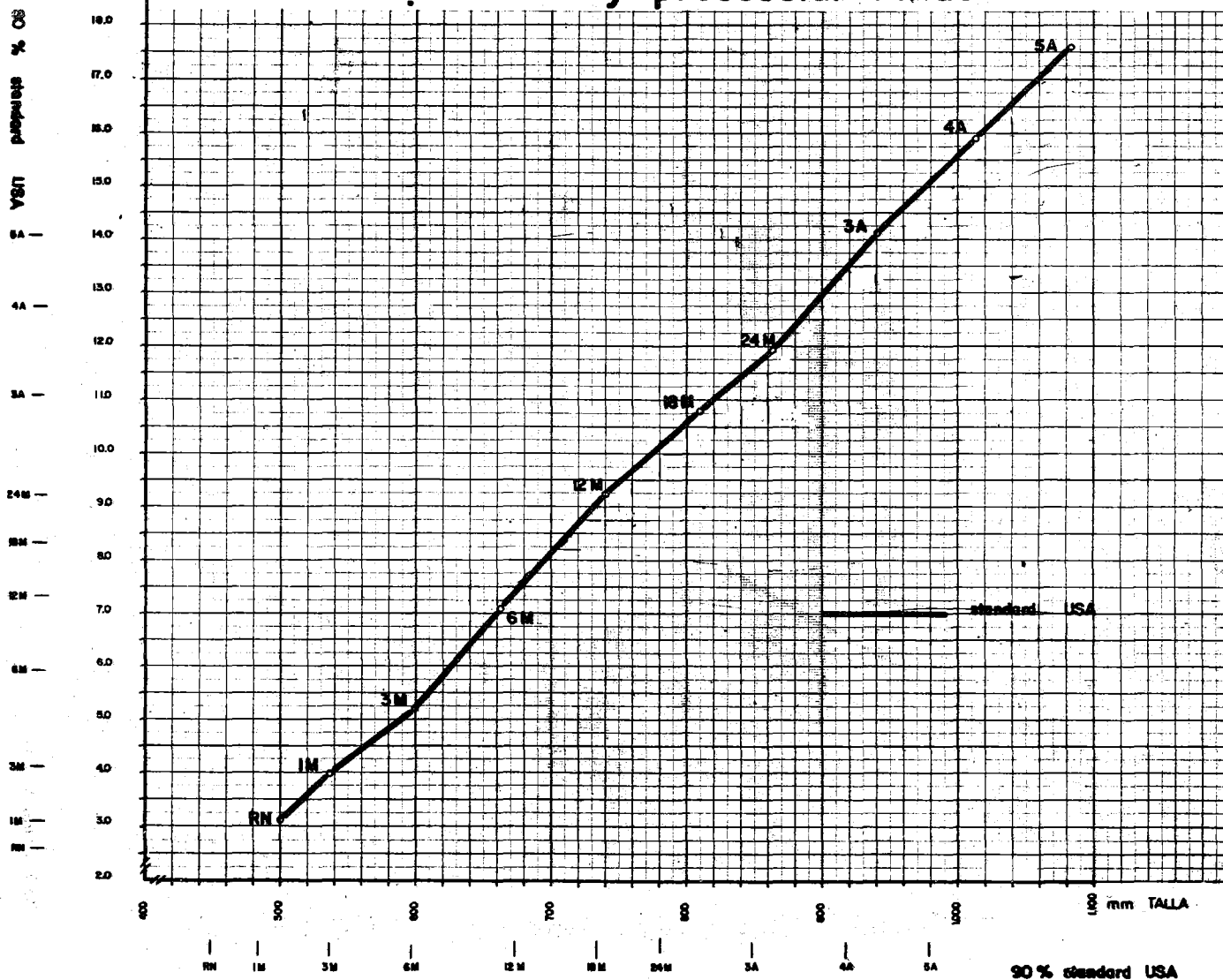
12 AÑOS (11.5 - 12.49)



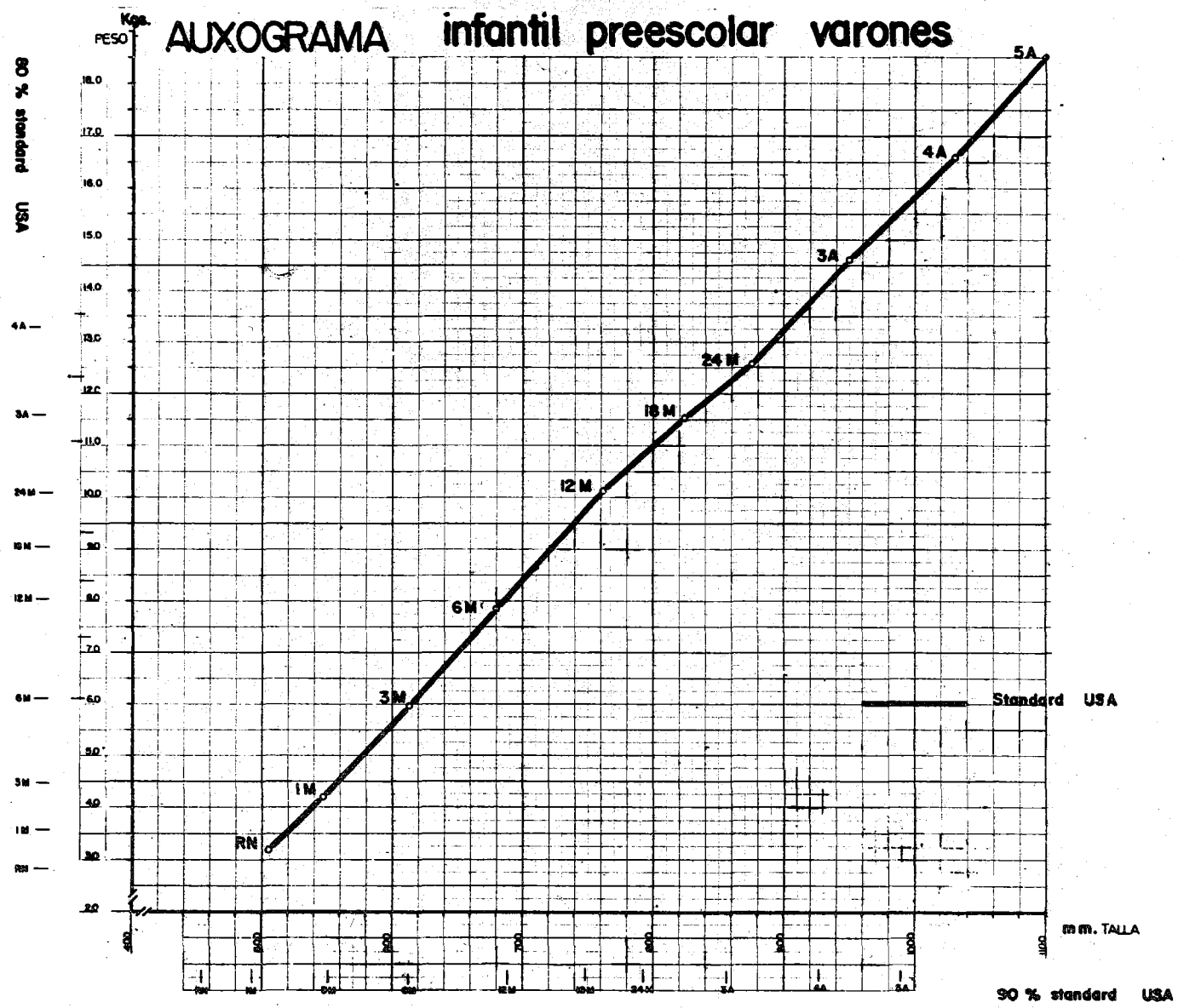
Talla m m

KG.
PESO

AUXOGRAMA infantil y preescolar niñas



90 % standard USA

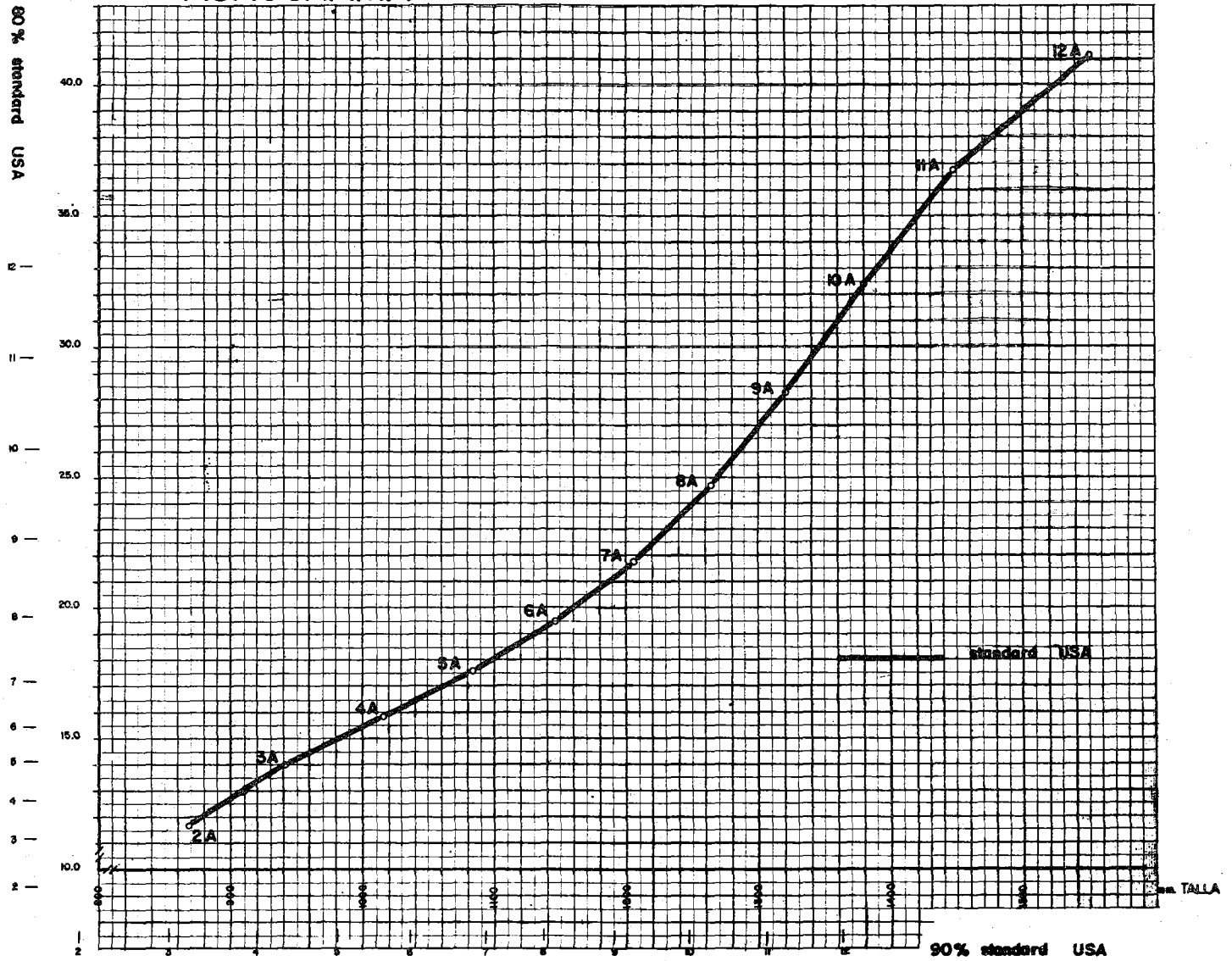


90 % standard USA

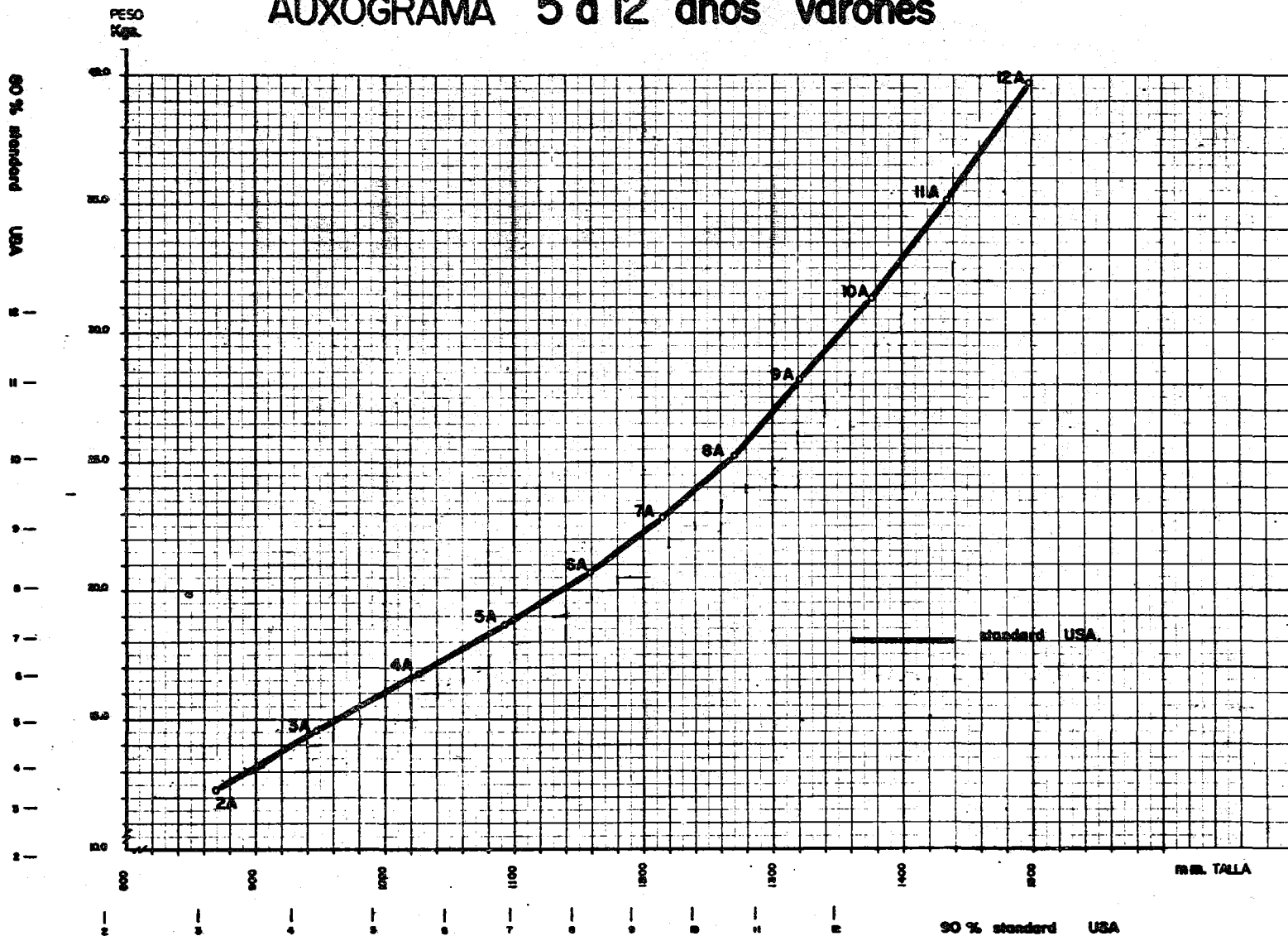
PESO
Kg.

AUXOGRAMA

5 a 12 años niñas



AUXOGRAMA 5 a 12 años varones



PESO PARA EDAD NIÑAS

**PERCENTILES: 50 -ESTANDAR- Y 3 -LIMITE- PORCENTAJES DEL ESTANDAR: R: 90-80-70
DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA.**

EDAD	Estándar USA Mediana Percentil 50	90o/o	80o/o	70o/o	3er. Percentil	2 Desv. Estándar por debajo de la media
0 MESES	3.2KILOS	2.88	2.56	2.24	2.3	2.2
1	4.0	3.60	3.20	2.80	2.9	2.8
2	4.7	4.23	3.76	3.29	3.4	3.3
3	5.4	4.86	4.32	3.78	4.0	3.9
4	6.0	5.40	4.80	4.20	4.6	4.5
5	6.7	6.03	5.36	4.69	6.1	5.0
6	7.2	6.48	5.76	5.04	5.6	5.5
7	7.7	6.93	6.16	5.39	6.0	5.9
8	8.2	7.38	6.56	5.74	6.4	6.3
9	8.6	7.74	6.88	6.02	6.7	6.6
10	8.9	8.01	7.12	6.23	7.0	6.9
11	9.2	8.28	7.36	6.44	7.3	7.2
12	9.5	8.55	7.60	6.65	7.6	7.4
18	10.8	9.72	8.64	7.56	8.6	8.5
2 AÑOS	11.8	10.62	9.52	8.33	9.6	9.4
3	14.1	12.69	11.28	9.87	11.3	11.2
4	16.0	14.40	12.80	11.20	12.8	12.6
5	17.7	15.93	14.16	12.39	14.0	13.8
6	19.5	17.55	15.60	13.65	15.3	15.0
7	21.8	19.62	17.44	15.26	16.7	16.3
8	24.8	22.32	19.84	17.36	18.3	17.9
9	28.5	25.65	22.72	19.88	20.3	19.7
10	32.5	29.25	26.00	22.75	22.5	21.9
11	37.0	33.30	29.60	25.90	25.2	24.5
12	41.5	37.35	33.20	29.05	28.3	27.4

PESO PARA EDAD VARONES

**PERCENTILES: 50 -ESTANDAR- Y 3 -LIMITE- PORCENTAJES DEL ESTANDAR: 90-80-70
DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA.**

EDAD	Estándar USA Mediana Percentil 50	90o/o	80o/o	70o/o	3er. Percentil	2 Desv. Estándar por debajo de la media
0 MESES	3.3KILOS	2.97	2.64	2.31	2.5	2.5
1	4.3	3.87	3.44	3.01	3.0	2.9
2	5.2	4.68	4.16	3.64	3.6	3.5
3	6.0	5.40	4.80	4.20	4.2	4.1
4	6.7	6.03	5.36	4.69	4.8	4.7
5	7.3	6.57	5.84	5.11	5.4	5.3
6	7.8	7.02	6.24	5.46	6.0	5.9
7	8.3	7.47	6.64	5.81	6.5	6.4
8	8.6	7.74	6.80	6.02	7.0	6.9
9	9.2	8.28	7.36	6.44	7.4	7.2
10	9.5	8.55	7.60	6.65	7.7	7.6
11	9.9	8.91	7.92	6.93	8.0	7.9
12	10.2	9.18	8.16	7.14	8.2	8.1
18	11.5	10.35	9.20	8.05	9.3	9.1
2 AÑOS	12.3	11.07	9.84	8.61	10.2	10.1
3	14.6	13.14	11.68	10.22	11.6	11.4
4	16.7	15.03	13.36	11.69	13.1	12.9
5	18.7	16.83	14.96	13.09	14.7	14.4
6	20.6	18.54	16.48	14.42	16.3	16.0
7	22.8	20.52	18.24	15.96	17.9	17.6
8	25.3	22.77	20.24	17.71	19.5	19.1
9	28.1	25.29	22.48	19.67	21.0	20.5
10	31.4	28.26	25.12	21.98	22.7	22.1
11	35.4	31.77	28.24	24.71	24.8	24.1
12	39.7	35.73	31.76	27.79	27.6	26.8

TALLA PARA EDAD NIÑAS

**PERCENTILES: 50 -ESTANDAR- Y 3 -LIMITE-. PORCENTAJES DEL ESTANDAR: 95-90-85.
DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA.**

EDAD	Estándar USA Mediana Percentil 50	95o/o	90o/o	85o/o	3er. Percentil	2 Desv. Estándar por debajo de la media
0 MESES	49.9CM	47.40	44.91	42.41	45.8	45.5
1	53.5	50.82	48.15	45.47	49.2	49.0
2	56.8	53.96	51.12	48.28	52.2	52.0
3	59.5	56.52	53.55	50.57	54.9	54.6
4	62.0	58.90	55.80	52.70	57.2	56.9
5	64.1	60.89	57.69	54.48	59.2	58.9
6	65.9	62.60	59.31	56.01	61.0	60.6
7	67.6	64.22	60.84	57.46	62.5	62.2
8	69.1	65.64	62.19	58.73	64.0	63.7
9	70.4	66.88	63.36	59.84	65.3	65.0
10	71.8	68.21	64.62	61.03	66.6	66.2
11	73.1	69.44	65.79	62.13	67.8	67.5
12	74.3	70.58	66.87	63.15	69.0	68.6
18	80.9	76.85	72.81	68.76	75.2	74.8
2 AÑOS	86.8	82.46	78.12	73.78	78.5	78.1
3	94.1	89.39	84.69	79.98	86.9	86.5
4	101.6	96.52	91.44	86.36	94.8	93.5
5	108.4	102.98	97.56	92.14	100.1	99.5
6	114.6	108.87	103.14	97.41	105.4	104.8
7	120.6	114.57	108.54	102.52	110.3	109.6
8	126.4	120.08	113.76	107.44	115.0	114.3
9	132.2	125.59	118.98	112.37	120.0	119.2
10	138.3	131.38	124.47	117.55	125.5	124.6
11	144.8	137.56	130.32	123.08	131.7	130.9
12	151.5	143.92	136.26	128.77	138.7	137.9

TALLA PARA EDAD VARONES

PERCENTILES: 50 -ESTANDAR- Y 3 -LIMITE-. PORCENTAJES DEL ESTANDAR: 95-90-85.
DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA.

EDAD	Estándar USA Mediana Percentil 50	95o/o	90o/o	85o/o	3er. Percentil	2 Desv. Estándar por debajo de la media
0 MESES	50.5 CM	47.97	45.45	42.92	46.2	45.9
1	54.6	51.87	49.14	46.41	49.9	49.7
2	58.1	55.19	52.29	49.38	53.2	52.9
3	61.1	58.04	54.99	51.93	56.1	55.8
4	63.7	60.51	57.33	54.14	58.7	58.3
5	65.9	62.60	59.31	56.01	60.8	60.5
6	67.8	64.41	61.02	57.63	62.8	62.4
7	69.5	66.02	62.55	59.07	64.5	64.1
8	71.0	67.45	63.90	60.35	66.0	65.7
9	72.3	68.68	65.07	61.45	67.4	67.0
10	73.6	69.92	66.24	62.56	68.7	68.3
11	74.9	71.15	67.41	63.66	69.9	69.6
12	76.1	72.29	68.49	64.68	71.0	70.7
18	82.4	78.28	74.16	70.04	76.7	76.3
2 AÑOS	86.8	82.46	78.12	73.78	79.6	79.2
3	94.9	90.15	85.41	80.66	87.9	87.3
4	102.9	97.75	92.61	87.46	94.9	94.4
5	109.9	104.40	98.91	93.41	101.3	100.7
6	116.1	110.29	104.49	98.68	107.0	106.4
7	121.7	115.61	109.53	103.44	112.1	111.5
8	127.0	120.65	114.30	107.95	116.9	116.3
9	132.2	125.59	118.98	112.37	121.5	120.8
10	137.5	130.62	123.75	116.87	126.0	125.3
11	143.3	136.13	128.97	121.80	130.7	129.8
12	149.7	142.21	134.73	127.24	135.5	134.6

TABLA DE DECIMALES DEL AÑO

	1 EN.	2 FEB.	3 MAR.	4 ABR.	5 MAY.	6 JUN.	7 JUL.	8 AGO.	9 SEP.	10 OCT.	11 NOV.	12 DIC.
1	000	085	162	247	329	414	496	581	666	748	833	915
2	003	088	164	249	332	416	499	584	668	751	836	918
3	005	090	167	252	334	419	501	586	671	753	838	921
4	008	093	170	255	337	422	504	589	674	756	841	923
5	011	096	173	258	340	425	507	592	677	759	844	926
6	014	099	175	260	342	427	510	595	679	762	847	929
7	016	101	178	263	345	430	512	597	682	764	849	932
8	019	104	181	266	348	433	515	600	685	767	852	934
9	022	107	184	268	351	436	518	603	688	770	855	937
10	025	110	186	271	353	438	521	605	690	773	858	940
11	027	112	189	274	356	441	523	608	693	775	860	942
12	030	115	192	277	359	444	526	611	696	778	863	945
13	033	118	195	279	362	447	529	614	699	781	866	948
14	036	121	197	282	364	449	532	616	701	784	868	951
15	038	123	200	285	367	452	534	619	704	786	871	953
16	041	126	203	288	370	455	537	622	707	789	874	956
17	044	129	205	290	373	458	540	625	710	792	877	959
18	047	132	208	293	375	460	542	627	712	795	879	962
19	049	134	211	296	378	463	545	630	715	797	882	964
20	052	137	214	299	381	466	548	633	718	800	885	967
21	055	140	216	301	384	468	551	636	721	803	888	970
22	058	142	219	304	386	471	553	638	723	805	890	973
23	060	145	222	307	389	474	556	641	726	808	893	975
24	063	148	225	310	392	477	559	644	729	811	896	978
25	066	151	227	312	395	479	562	647	731	814	899	981
26	068	153	230	315	397	482	564	649	734	816	901	984
27	071	156	233	318	400	485	567	652	737	819	904	986
28	074	159	236	321	403	488	570	655	740	822	907	989
29	077		238	323	405	490	573	658	742	825	910	992
30	079		241	326	408	493	575	660	745	827	912	995
31	082		244		411		578	663		830		997

BIBLIOGRAFIA

- BEHAR M. La desnutrición como una enfermedad social. *Educación Médica y Salud*, II: 175, 1977.
- BURGESS H. AND A. A field worker's guide to a nutritional status survey. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 28: 1299-1321, 1975.
- CAMERON N. The methods of Auxological Anthropometri in Postnatal Growth, in *Human Growth Vol. 2* London 1978.
- EVELETH P. Worldwide variation in human growth. Cambridge University Press, 1976.
- FAO Leading Article: Growth as a monitor of nutritional status. *Food and Nutrition*, 3:21, 1977.
- FAULHABER J. Investigación longitudinal del crecimiento. Colección Científica No. 26 de Antropología Física, México, 1976.
- GONZALEZ A. Estudio comparativo de diferentes índices antropométricos y sistemas de clasificación del estado nutricional. División de Nutrición, Departamento de Estudios Experimentales, México 1982.
- HABICHT J. ET. AL. Height and weight standars for preschool children: How relevant are ethnic differences in growth potential? *Lancet* I: 615, 1974.
- HAMILL P. ET. AL. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 32:607-629, 1979.
- HERMIDA C.—ET.AL. Metodología diagnóstica de la desnutrición. (Mimeo) ININMS, Quito 1980.
- Crecimiento Infantil y Supervivencia. Quito 1981.
- ET. AL. Diagnóstico de la Desnutrición Infantil. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Quito VI* (2): 81-94, 1981.
- JELLIFFE D. The assessment of the nutritional status of the community. WHO, Geneva 1966.
- JORDAN J. — ET.AL. The 1972 Cuban national child growth study as an example of population health monitoring: desing and methods. *Annals of Human Biology*, 2: 153-171, 1975.
- ET. AL. Desarrollo Humano en Cuba. Editorial Científico-Técnica. La Habana 1979.
- KOHN F. Nutritional Anthropometry of preadolescent children. University of Maryland, 1973.
- MALINA R. Skin fold-body weight correlation in Negro and White children of elementary school age. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 25: 861-863, 1972.
- MEREDITH H. Body size of contemporary groups of eight-year old children studied in different parts of the world. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 34:1, 1969.
- MORLEY D. Pediatric Priorities in developing countries. Butterworth, London 1973
- NCHS Growth Curves for Children Birth-18 years United States. National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics, Serie II number 165, 1977.

- OPS Ficha de crecimiento para uso internacional en el cuidado de la salud materna e infantil. Organización Panamericana de la Salud, Washington 1980.
- RONA R. ET.AL. Social factors and height of primary school children in England and Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32: 147-154 1978.
- SABRY Z. Assessing the nutritional status of populations. Technical and political considerations. *Food and Nutrition* 3: 4, 1977.
- SEOANE N. Nutritional Anthropometry in the Identification of Malnutrition in Childhood. *Environmental Child Health*. September 1977.
- TANNER J.— ET. AL. Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity and weight velocity: British Children, 1965, Part II. *Archives of di-*

seases in childhood, 41: 613, 1966.
—ET. AL. Clinical Longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity and the stages of puberty.

Archives of Disease in Childhood, 51: 170, 1976.

WATERLOW J.— ET.AL. The presentation and use of height and weight data for comparing nutritional status of groups of children under the age of 10 years, *Bulletin of the WHO*, 55: 489-498, 1977.
— Classification and definition of protein calorie malnutrition, *British Medical Journal*, 3: 566, 1972.

— Note on the assessment and classification of protein-energy malnutrition in children. *Lancet* 2: 87, 1973.

* **Profesor principal de Metodo Epidemiológico.**

LIQUIDO AMNIOTICO

Pruebas de Madurez Fetal realizadas en Líquido Amniótico

- * Dr. Rubén Bucheli Terán
- ** Dr. Eduardo Bucheli
- ** Dr. Edgar Játiva
- ** Dr. Antonio Vergara
- ** Srta. Mariela Baquero
- ** Sr. Esteban Aquilar
- ** Sr. Carlos Almeida
- *** Dr. Eduardo Ayala

INTRODUCCION

La maduración funcional de los órganos, aparatos y sistemas fetales progresa a medida que avanza la gestación; en forma simultánea o sucesiva para cada uno de los órganos. Actualmente cuando es necesaria la interrupción del embarazo por diferentes causas que afecten a la madre o al feto y se considere que esta relación es ofensiva para uno de los dos o para ambos, la interrupción se realiza de manera más certera gracias al recurso de la amniosentesis y el análisis del líquido amniótico, lo que ha permitido una mayor evaluación del feto en el utero. Este análisis va destinado a precisar el grado de madurez fetal la mayor parte del análisis mide la madurez pulmonar (Gluck; Lie; Clements) otros toman como base la madurez cutánea (células Naranja), la renal (creatinina).

Los primeros métodos van encaminados a la

prevención y alerta en los síndromes de dificultad respiratoria, responsables de morbilidad perinatal.

Mencionaremos además por referencia bibliográfica que ninguno es infalible por lo que debe emplearse, de ser posible, fórmulas combinadas de estos.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer y difundir que la madurez fetal puede ser valorada por algunos métodos, los cuales pueden ser aplicados en nuestro medio.
2. Demostrar estadísticamente la validez de estos métodos en nuestra realidad.
3. Relacionar los valores encontrados en la amniosentesis previa al parto con la evaluación de la madurez del neonato.

4. Observar y discernir cual es el más aplicable y valedero de los métodos empleados, en base a su porcentaje de error, en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo se realizó en la sala de partos de la Maternidad Isidro Ayora en su mayoría, complementando el análisis del líquido amniótico en el laboratorio de la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Las muestras se obtuvieron mediante amniosentesis de pacientes hospitalizadas en la Maternidad Isidro Ayora y que reunían las siguientes condiciones:

1. Embarazadas de 35 a 41 semanas que necesitaban pruebas de maduración y toxémicas que requieran interrumpir el embarazo y era necesario averiguar la madurez fetal.

Se obtenían 15cc de líquido amniótico colocado en tubo de ensayo y cubierto con papel aluminado.

En el caso de Clements y células. Naranja la muestra era procesada inmediatamente. En el caso de creatinina dentro de las tres primeras horas.

Se descartaron las muestras teñidas con sangre o meconio porque se pueden obtener falsos positivos (1).

Se tomaron muestras de 117 pacientes realizando:

Examen Clínico
Clements
Células Naranja
Creatinina
Capurro en el recién nacido

Se siguieron técnicas ya standarizadas para cada una de las pruebas, se hicieron pruebas de respetabilidad para los métodos de laboratorio.

Técnica de Amniosentesis:

Técnica	Pacientes	o/o
(1)	52	44,44
(2)	9	7,69
(3)	56	47,86

Complicaciones: En ninguna de las 117 pacientes se tuvo complicación; no se pudo obtener líquido amniótico en 6 pacientes a las cuales se les podría calificar como fallidas y que por consiguiente no entraron en el estudio.

RESULTADOS:

Edad: Estuvo comprendida entre los 16 y 44 años de edad. Encontrándose el mayor porcentaje en el grupo etario de 16 a 20 años (el 31,62o/o) (tabla No. 1).

TABLA No. 1

PACIENTES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO DISTRIBUIDAS POR EDAD

Grupo etario	No.	o/o
16-20	37	31,62
21-25	34	29,05
26-30	21	17,94
31-35	10	8,54
36-40	5	4,24
41-44	3	2,56
Sin dato	7	5,98
Total	117	100,00

Gestación: El mayor porcentaje de pacientes eran primigestas.

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES POR NUMERO DE GESTACION

Gestación	No.	o/o
1	52	44,44
2	22	18,80
3	11	9,40
4	12	10,25

Abortos: El porcentaje de pacientes con antecedentes de abortos fue de 19,64o/o (Tabla No.3).

TABLA No.3

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN NUMERO DE ABORTOS

Abortos	No.	o/o
0	94	80,37
1	16	13,67
2	3	2,56
3	3	2,56
5	1	0,85
Total	117	100,00

Cesárea: Se presentaron 3 pacientes con cesárea anterior y que se les realizó amniosentesis sin complicaciones, utilizando las técnicas descritas Tabla No.4.

TABLA No.4

Cesáreas	No.	o/o
0	114	97,43
1	3	2,56
Total	117	100,00

Motivo de Ingreso: Un total de 105 pacientes por labor de parto (89,74). Por amenorrea de 41 semanas o más, 7 pacientes (5,98o/o) por toxemia gravídica ingresaron 5 pacientes (4,27o/o).

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN MOTIVO DE INGRESO

Causa de Amniosentesis:	No.	o/o
Amenorrea de 41 semanas o más	66	56,41
Amenorrea de 36 semanas o menos	27	23,07
F.U.M. Desconocida	20	17,09
Toxemia	2	1,70
Mortalidad perinatal anterior	1	0,86
Sin dato	1	0,85
Complicaciones	0	

TABLA No.5

Embarazos	No.	o/o
1	52	44,44
2	22	18,8
3	11	9,4
4	12	10,25
5	4	3,41
6	4	3,41
7	2	1,7
8	3	2,56
9	2	1,7
10	3	2,56
11	1	0,85
15	1	0,85
Total	117	100,00

Paridad: El mayor porcentaje eran nulíparas 49,57o/o encontrándose algunos casos extremos de multiparidad (13) (Tabla No.6).

TABLA No.6

Partos	No.	o/o
0	58	49,57
1	23	19,57
2	10	8,54
3	10	8,54
4	2	1,70
5	5	4,27
6	3	2,56
7	2	1,70
8	1	0,85
9	1	0,85
10	1	0,85
13	1	0,85
Total	117	100,00

TABLA No.7

Correlación entre	r	Esr	Significación
Capurro - F.U.M.	0478	0.142	3.34
Capurro Clínic	0418	0.142	2.92
Capurro Clements	025	0.138	1.80
Capurro Células			
Naranja	0343	0.138	2.47
Capurro Creatinina	0424	0.138	3.06

Se realizaron pruebas de correlación tomando como base (patrón) al test de capurro considerado de mayor exactitud para la evaluación de la madurez fetal (2).

De un total de 117 punciones realizadas para el análisis estadístico se eliminaron 64 casos por carecer de uno o más datos de las variables en estudio.

Las pruebas de correlación mostraron un porcentaje mayor para las pruebas de capurro FUM y examen clínico para la determinación de edad gestacional. Índices más bajos, en su orden, presentaron los test en líquido amniótico de creatinina,

células naranja y Clements.

Se aplicó una prueba de validación para determinar el comportamiento de los métodos en la diferenciación de producto pre-término y término para lo cual se efectuó un corte a las 37.5 semanas considerando pre-término a las de edad gestacional menor a ese corte y término a las que sobrepasaban dicha edad. Para esta prueba se descartaron los casos que no registraban datos de uno de los dos métodos comparados, trabajando finalmente con 50 casos para ex-clínico y FUM y 53 para las pruebas de líquido amniótico.

PRUEBAS DE VALIDEZ

CAPURRO

		CAPURRO				
		+	-			
CLÍNICO	+	41	1	42	o/o Sensibilidad	89.13
	-	5	3	8	o/o Especificidad	75.0
		46	4	50	o/o Valor de predicción	97.6
				o/o de acuerdos	88	

CAPURRO

		CAPURRO				
		+	-			
FUM	+	39	2	41	o/o Sensibilidad	84.7
	-	7	2	9	o/o Especificidad	50.0
		46	4	50	o/o Valor de predicción	95.0
				o/o de acuerdos	82	

CAPURRO

CREATININA

	+	-		
+	34	2	36	<i>o/o</i> Sensibilidad 72.34
-	13	4	36	<i>o/o</i> Especificidad 66.6
	47	61	53	<i>o/o</i> Valor de predicción 91.8
				<i>o/o</i> de Acuerdos 71.7

CAPURRO

CERULAJAS

	+	-		
+	45	3	48	<i>o/o</i> Sensibilidad 95.74
-	2	3	5	<i>o/o</i> Especificidad 50.0
	47	6	53	<i>o/o</i> Valor de predicción 93.75
				<i>o/o</i> de acuerdos 90.5

CAPURRO

CLEMENTS

	+	-		
+	26	2	28	<i>o/o</i> Sensibilidad 56.3
-	21	4	25	<i>o/o</i> Especificidad 66.6
	47	6	53	<i>o/o</i> Valor de predicción 70.0
				<i>o/o</i> de acuerdos 56.6

PRUEBAS DE VALIDEZ

METODOS	SENSIBILIDAD o/o	ESPECIFICIDAD o/o	VALOR DE PREDICION o/o	ACUERDOS o/o
Capurro / Clínico	89.13	75.0	97.6	88
Capurro / F. U. M.	84.7	50.0	95.0	82
Capurro / Creatinina	72.34	66.6	91.8	71.7
Capurro / C. Naranjas	95.74	50.0	93.75	90.5
Capurro / Clements	55.3	66.6	70.0	56.6

Para las pruebas de validación se tomó como Prueba Patrón al test de CAPURRO por ser considerada la más exacta (2) (3).

De las pruebas sujetas a comparación se observó mayor sensibilidad para distinguir madurez fetal en su orden, test de células naranjas examen clínico, FUM; entre los 3 primeros.

La prueba T de diferencia de medias para muestras apareadas arrojó los siguientes resultados:

	VALOR de T	Nivel
Capurro - F.U.M.	0.84	no signif.
Capurro - Clínico	1.970	a. 0.05

Mostraron ser más específicos los métodos: Clínico, Creatinina y Clements.

Dentro de este aspecto de distinguir entre un producto maduro e inmaduro, frente a la eventualidad de interrumpir un embarazo, tiene gran importancia el análisis de los falsos positivos. Es decir, aquellos casos que un determinado método de valoración nos reporta como positivos cuando en realidad, de acuerdo al método Patrón (CAPURRO), son negativos. Dicho de otra manera, los productos reportados por la prueba como mayores de 37,5 semanas y que de acuerdo a la valoración de CAPURRO no llegaban a su edad gestacional. Quede claro que si usando un solo tipo de valoración se decide interrumpir un embarazo considerando al producto maduro cuando en realidad no lo es, las consecuencias son hasta cierto punto impredecibles, aunque de todas maneras negativas.

RELACION DE FALSOS POSITIVOS
EN LOS DIFERENTES METODOS

CLINICO		FUM		CREATININA		C. NARANJAS		CLEMETS	
No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
1	2	2	4	2	3.7	3	5.6	2	3.7

(2) Guayasamín O. Op. cit.

(3) Capurro, H. Métodos clínicos para diagnosticar la edad gestacional en el recién nacido. Tesis de doctorado, Montevideo, Facultad de Medicina, Univ. de la República, 1973

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos y como ya se mencionó en la introducción, ninguno de los métodos es absolutamente seguro, lo que hace necesario combinar dos o tres de ellos para respaldar suficientemente nuestras conclusiones sobre la edad gestacional de un feto en útero.

Del estudio realizado se desprende que los mejores métodos para la evaluación de la edad gestacional, independientemente de juzgar madurez o no del producto, son el examen clínico y la fecha de última menstruación.

Es importante destacar que los auxiliares nuevos de diagnóstico, como los analizados en este trabajo, no aventajan a los tradicionales procedimientos de un detenido examen clínico de la paciente y un interrogatorio metódico de la fecha de su última menstruación.

En el caso de desconocer la F.U.M. creemos conveniente usar el examen clínico y el test de creatinina que nos dio una mayor correlación que las restantes.

En el presente trabajo también se analizó el comportamiento de los diferentes métodos para poder distinguir con mayor especificidad si un producto podía ser considerado maduro o no. No hace falta recalcar sobre la importancia de tal distinción.

Las pruebas estadísticas realizadas nos lleva a concluir que son más adecuados los siguientes tres métodos: clínico, creatinina y Clements, siendo por tanto adecuado el uso de los tres métodos para el diagnóstico de edad gestacional o al menos del examen clínico y uno de los dos restantes.

Se debe aclarar que a pesar de usar métodos combinados queda la probabilidad de error que se anota en la tabla de relación de falsos positivos:

Clínico	20/o
Creatinina	3,70/o
y Clements	3,70/o

BIBLIOGRAFIA:

1. Gaviria J.; y otros, "Evaluación de la maduración pulmonar fetal y edad gestacional por estimadores en el líquido amniótico" Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 39 (2) 103-111, 1979.
2. Gaviria, J.; Capurro, H.; "Maduración neonatal en relación con parámetros del líquido amniótico" en Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 39 (1) 46-49, 1979.
3. Garrán de Teppa, D.; y otros, "Líquido Amniótico" en, Revista de Obstetricia y Ginecología, 38 (3) 173-174, 1978.
4. Muller, G.; y otros; "Creatinina y Madurez Fetal" en, Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 36 (3) 513-518, 1976.
5. Brante Pacheco, F.; y otros; "El test de Clements en el manejo del embarazo de alto riesgo" en Revista de Obstetricia y Ginecología 38 (3) 169-171. 1978.
6. Soto, M.; y otros; "Aceleración de la maduración pulmonar fetal con orciprenalina" en Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 39 (4) 173-176, Julio-agosto 1978.
7. Restrepo, J.; y otros; "Determinación de la madurez fetal y neonatal en gestantes de alto riesgo y análisis citoquímico del líquido amniótico", en Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 28 (4) 138-145 julio-agosto 1977.
8. Williams Nicholson J. Eastman/Obstetricia, Editorial Hispano americana México, 3r. edición, 1960.
9. Clifford Bell, Lull/Obstetricia Clínica, Editorial Interamericana, México Septiembre 1978.
10. Stern, Leo/Clínicas Pediátricas, Editorial Interamericana, México Septiembre 1978.
11. Kasser y Col./Ginecología y Obstetricia, To-

-
- mo 2, Embarazo y parto Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1971.
12. Clínica Perinatología/ El Neonato Diminuti/, Editorial Interamericana México, Septiembre, 1977.
13. Merger/Manual de Obstetricia, Editorial Toray Masson, Barcelona, 1971.
-
- * Profesor
 - ** Colaboradores Estudiantes
 - *** Asesoría
-

INFLUENCIA DE LA TELEVISION EN LA SALUD MENTAL

Dr. Homero Estrella*
Dr. Fernando Durán**

INTRODUCCION

Salud mental es un estado en el cual el hombre establece una relación adecuada entre las potencialidades del ser humano y el ambiente social. La salud mental implica para el individuo un sentido de identidad concreto, ligas afectivas genuinas con el colectivo, compromiso real con valores sociales y el estar habilitado con las suficientes destrezas para actuar de una manera congruente en beneficio de sus necesidades.

Por lo anterior resulta evidente que la salud física sea el componente fundamental de un equilibrio que repercute en beneficio de la familia y la sociedad.

Entendemos por otra parte que la estructura psíquica se modela en la jornada de consumo o de reproducción de la fuerza de trabajo que completan las 24 horas. En la jornada productiva el tipo

de trabajo, su intensidad, su ritmo, el tiempo y la finalidad misma, puede potenciar un desarrollo psíquico armónico o impactar negativamente en el mismo. En este último caso ocurre una forma de alienación aparecida como un proceso histórico desde los albores de la humanidad "que se ha efectivizado a medida que el hombre ha ido actuando sobre la naturaleza, los poderes de ella nacidos van tornándose más ingentes y va situándose la distancia entre lo puramente individual y lo puramente genérico"; es decir, hablando en términos económicos la relación humana se torna puramente de mercado y se pierde la relación entre el trabajador, su trabajo y la producción.

Pero lo que nos ocupa ahora fundamentalmente es un período de consumo que se refiere al consumo simple y al consumo ampliado o en otros términos, al consumo casi específico para la reproducción orgánica de la fuerza de trabajo como alimentación, vivienda, vestido, asistencia médica, re-

posos, etc. y el consumo de bienes culturales "que regulan" la formación de la conciencia individual y social y su parte correspondiente de la personalidad, como es la recreación estructurada, educación formal, comunicación social adecuada y formas de organización que alimentan a la solidaridad humana.

En este momento ubicamos entonces al tema que nos ocupa, en su lugar correspondiente.

La televisión es una técnica electrónica audiovisual, heterogénea, de comunicación de masas que permite una propagación cuantitativamente amplia, de mensajes idénticos a numerosos y heterogéneos grupos de la sociedad. En este sistema de comunicación intervienen tres elementos:

- a) El comunicador
- b) El mensaje
- c) El auditorio

El comunicador se caracteriza por pertenecer a una clase social determinada con una conducta socialmente aprobada por las clases propietarias de los medios de comunicación.

El mensaje puede ser informativo, cultural, de entrenamiento o alienante. Las características del auditorio son magnitud, heterogeneidad y anonimato.

Inicialmente se conceptuó a la televisión como un medio eficaz de educación especialmente en el campo de las ciencias y de las artes y se llegó a afirmar que superaba al cine en cuanto el espectador no se identificaba con los personajes, se eliminaba la fotomanía que creaba el cine y especialmente la pasividad que no es tan marcada como en él, pero su ampliación ha dado resultados negativos y alarmantes en latinoamérica.

Al referirnos a un estudio realizado anteriormente en nuestro país, analizaremos ciertas generalidades:

En el Ecuador se ha desarrollado exclusivamente la televisión comercial caracterizada obviamente por un simple emisor de programación organizada por la gerencia de producción, por las cuentas corrientes de los clientes o auspiciadoras de los programas que en muy alto porcentaje son producidos en norteamérica bajo las pautas de una sociedad en problemas pero de contenidos y dimensiones opuestos a los nuestros.

Este simple negocio de la televisión provoca diversos efectos negativos en el telespectador detectados ya en la bibliografía nacional:

Este simple negocio de la televisión provoca diversos efectos negativos en el telespectador detectados ya en la bibliografía nacional:

1. Antidualógico, porque el emisor es activo, piensa, niega, afirma, dando diariamente una ración diaria de palabras y gestos que no promueven no motivan el menor diálogo; en cambio el telespectador es totalmente pasivo cree haber pensado, afirmado o negado algo, por lo que vive una realidad ilusoria y hasta fantástica, especialmente los niños y las personas adultas con tendencias obsesivas de personalidad.
2. Efecto neutralizante; porque no importa la verdad o falsedad de cualquier signo o situación, los mismos que son escamoteados por este medio comercial, con el objeto de dejar fuera de los problemas al espectador y entregarle una pseudo sensación de paz consigo mismo.
3. Efecto mediatizador.— Porque intenta y en altísimo porcentaje obtiene una enajenación de la conciencia con un efecto despersonalizador en el cual los miembros de una sociedad se ven constantemente fusilados por mensajes sublimes, que influyen en su conducta y determina una serie de frases y actos estereotipados ajenos a la idiosincracia y formas culturales a las que pertenece.
4. Efecto homogenizante del espectador; a toda costa la política comercial propagandiza a través de la televisión las señales producidas de preferencia fuera del país. Cuando en ocasiones se profundiza la lucha de clases en nuestro país aparecen altisonantes, ridículos y disparatados argumentos antihistóricos que pretenden consiliaciones imposibles entre explotadores y explotados.

La Unión Nacional de Educadores en una investigación realizada concluye que los alumnos de los

diferentes planteles educacionales dedican de dos a cuatro horas diarias a sintonizar programas de telenovelas, detectives, policiales, y deportivos y dedicando como máximo una hora para el cumplimiento de las tareas escolares. En lo que se refiere especialmente a los alumnos de primaria todos saben de 10 slogans de propaganda de televisada y en cambio sólo 1 ó 2 poesías enseñadas a lo largo del año lectivo, lo que refleja que las cualidades interpretativas y de sensibilidad estéticas, van siempre limitadas por la acción impuesta por el capital.

Los maestros ecuatorianos concluyen que los programas de televisión en nuestro medio se oponen u obstruyen la labor de instrucción e información realizada en el Ecuador; afirman que esta televisión se ha constituido en el "opio de nuestra juventud" que está llevando a las nuevas generaciones a la inactividad, a la no formación de hábitos de trabajo.

En nuestro trabajo queremos demostrar porcentualmente las formas de manipulación y aculturación de que es objeto nuestra población partiendo de los puntos teóricos de coincidencia de las diferentes teorías del aprendizaje a saber:

El cognoscitivismo, las teorías conductivas, la Psicología Evolutiva de Jean Piaget, el modelo ecléctico de Procesamiento de la Información de Roberto Cagné o la teoría del Aprendizaje Social, para las que el hombre es un ente activo y dinámico que vive en una constante relación con el ambiente.

El hombre no es solamente herencia sino que adquiere ciertas estructuras que le permite actuar e interactuar sobre su ambiente en el proceso de búsqueda de satisfacción de sus necesidades, es decir en cumplimiento de su deber humano sobre la tierra.

En el aprendizaje los medios de presión no pueden ser excesivos porque la motivación desaparece junto al interés con la pérdida del objeto o idea concretos, es decir cuando desaparece su fundamento de buscar el equilibrio y la independencia del ambiente real para conseguir nuevas y adecuadas normas de conducta con la asociación de estructuras pre existentes.

De manera que el hecho de estar ante un aparato electrónico de influencia audio visual que provoca alguna satisfacción instintiva nos obliga a estar alertas frente a la salud mental de nuestro pueblo.

ANALISIS ESTADISTICO

Para el estudio estadístico de las programaciones de televisión se tomaron en cuenta 4 canales con sintonía de gran magnitud en la sierra y en la costa ecuatoriana, son los canales 2-4 y 8 de Quito y 10 de Guayaquil.

Se determinó un total de programaciones por semana habitual sin considerar transmisiones especiales o extraordinarias que se emiten con cierta frecuencia. Los resultados fueron los siguientes:

Canal 2: Horas de programación a la semana: 90h.

Canal 4: Horas de programación a la semana: 87h.

Canal 8: Horas de programación a la semana: 91h.

Canal 10: Horas de programación a la semana: 122h.

Total. 390 horas de programación

Para facilitar el análisis de los diferentes programas, adoptaremos la siguiente clasificación:

Programas culturales: Entre los que consideramos aquellos programas integrados por normas de conducta, mediante los cuales se trata de orientar ciertas normas de comportamiento adecuadas a nuestra sociedad con sus respectivos valores morales, culturales y sociales. Además se toman en cuenta las emisiones que emiten aportes al conocimiento humano de difícil acceso para la mayoría de la población.

Programas alienantes: Programas que van a causar cierta turbación de los sentidos determinada por una pasión, admiración o sentimiento hacia falsas situaciones (o irreales), o ídolos fabricados en el contexto del coloniaje cultural; como detallamos en las conclusiones que analizan argumentos muestra, tomados al azar.

Programas de Entretenimiento: Que son aquellos que presentan situaciones familiares o profes-

sionales, shows artísticos o cualquiera de las formas de teatro, digeribles y metabolizables para un buen porcentaje de población y carente de contenidos malintencionados.

Programas Deportivos: Aquellos determinados por la práctica del deporte en todas sus manifestaciones que buscan el perfeccionamiento físico.

Programas infantiles: Que consideramos divididos en dos grupos: Aquellos que se ocupan de la educación en el sentido del desarrollo psicomotor de los niños y aquellos definitivamente alienantes.

1. PROGRAMAS CULTURALES:

Se toma en cuenta los cuatro canales enunciados y en una semana al azar. En este tipo de programas está incluido aquellos que es para todo el público, otros que son únicamente para adultos, o para jóvenes. Entre los programas para todo el público, tenemos: los noticieros, que se transmiten en horas de aceptable sintonía y que un buen porcentaje de la población televidente lo observa. Así mismo está incluido dentro de este tipo de programas ciertos shows musicales, actividades de teatro o determinado tipo de películas, que por su contenido puede considerarse como programa cultural, como la Edición especial, enciclopedia británica, Meridiano de Madrid, hombres de la historia, etc.

Considerado como programas únicamente para adultos, tenemos Noche a Noche, programa mexicano en el que se presentan compositores, cantantes y diversos personajes que realizan actos que son considerados como increíbles, determinados show y películas como la Constitución, tema histórico, que nos plantea la situación histórica del tiempo de Carranza y la Revolución de Villa y Zapata.

Así entre los programas culturales para juventud existen muy pocos y se los transmite muy esporádicamente, como son los concursos de temas de cultura general, en el que se trata de agrupar todos los programas con estas características, aproximadamente tenemos un total de 52 horas semanales, donde los noticieros ocupan 38 horas de este total y el resto corresponde a los variados programas culturales.

Las 52 horas significa el 13,33 o/o.

2. PROGRAMAS ALIENANTES:

En especial se encuentran incluidas las telenovelas y los programas de violencia y sexo.

Las telenovelas, se han contabilizado alrededor de 20 y cuya hora de transmisión corresponde a las horas de mayor sintonía familiar, esto es a partir de la 1 p.m. hasta las 4 p.m. y de 6 p.m. hasta las 9 p.m.

Todos estos teledramas generalmente están dirigidos hacia la clase media y baja educación, contenidos de amor, odio, intrigas, violencia, conflictos, placeres, vicios, trastornos sexuales, desestructuración familiar, etc. Este tipo de programas, por sí solo ocupan un total de 76.5 horas, que corresponden de las 390 horas totales, el 16,6 o/o.

Los programas de sexo y violencia y otras que por su contenido son directamente alienantes para la persona, tienen un total de programación de 60 horas, especialmente tenemos: Cine de guerra, Super agente secreto, Rojo y Negro, Alta temperatura, Las Vegas, etc.

En definitiva los programas alienantes nos arrojan un total de 136.5 horas que corresponden al 34,9 o/o.

3. PROGRAMAS DE ENTRETENIMIENTO:

Se han tomado en cuenta aquellas programaciones que causan satisfacción y distracción sana. Entre estas están incluidas películas de situaciones médicas, familiares, profesionales, etc. Show como el de Ernesto Albán, de Rosita y muchas otras programaciones que no tienen un horario determinado:

Estos programas de entretenimiento apenas ocupan 118 horas que corresponden al 30,2 o/o

4. PROGRAMAS DEPORTIVOS:

Que en su altísimo porcentaje únicamente se transmite los fines de semana, como programaciones del fútbol, CBS deportes, patinaje sobre el hielo, carreras automovilísticas, etc. Estos programas deportivos tienen una programación total a la semana de 16.5 horas, correspondiendo al 4,2 o/o.

5. PROGRAMAS INFANTILES:

Para realizar un mejor estudio de las programaciones infantiles, los vamos a clasificar en programas vivos, que tienen cierta finalidad de entretenimiento y distracción y, segundo los programas alienantes para el niño.

Entre los programas en vivo, podemos tomar en cuenta a Telejardín, alegría de melodía, Tico-Tico. Cabe anotar que en este tipo de programas a más de la finalidad que hemos anotado, desgraciadamente se llevan a cabo concursos cuyos premios en un alto porcentaje son inalcanzables, creando en el niño un sentimiento de frustración. El total de programación es de 20 horas o sea un 5.12 o/o.

Los programas alienantes para los niños, están constituidos esencialmente por los dibujos animados, cuyos contenidos carentes de realidad abstraen al infante hacia un mundo de fantasía y en las que fácilmente es abordado normas culturales y de influencia foránea. Este tipo de programación tiene alrededor de 30 horas, correspondiendo al 7.6 o/o.

En resumen la televisión dedica al "entretenimiento" del niño en apenas 50 horas semanales, correspondiendo al 12.72 o/o y en su mayor porcentaje a programas alienantes.

Realizando un resumen general, tenemos que sumados todos los programas nos da un total de 95.35 o/o, lo que teóricamente significa que apenas el 4.65 o/o, corresponden a las propagandas, pero que en la realidad este porcentaje asciende hasta un 10 o/o. Desgraciadamente por la complejidad de la toma estadística de las propagandas no se pudo determinar con precisión el porcentaje de los anuncios de cigarrillos y licores que se pasa por estos canales, pero que deduciendo por la frecuencia de las propagandas de éstos, consideramos que puede corresponder alrededor del 10-15 o/o del total de propagandas.

ESTUDIO DE INFLUENCIA DE LA TELEVISION EN LOS NIÑOS ESCOLARES

Para este estudio estadístico, sobre los progra-

mas de mayor sintonía por parte de la población infantil, se han tomado en consideración varias escuelas de la ciudad de Quito, y subclasificándolos de acuerdo a su posición socio-económica y estructura social familiar o más concretamente se ha clasificado la encuesta para escuelas fiscales y escuelas pensionadas.

Para este estudio analítico se tomó en cuenta la clasificación ya realizada para los programas de televisión, es decir programas culturales, alienantes, de entretenimiento, deportivos e infantiles.

Los resultados son los siguientes:

ESCUELAS PENSIONADAS (3-4-5 y 6 grado):

Programas CULTURALES: apenas se obtuvo un 9 o/o

Programas ALIENANTES: se determinaron el 29 o/o

Programas ENTRETENIMIENTO: se observa el 16 o/o

Programas DEPORTIVOS: únicamente lo observan en un 4 o/o.

Programas INFANTILES: Programas en vivo: 19 o/o

Dibujos animados: 23 o/o

ESCUELAS FISCALES (3-4-5-6 grados)

Programas CULTURALES: se determinó en 4 o/o

Programas ALIENANTES: se observó en 37 o/o

Programas ENTRETENIMIENTO: se encontró un 8 o/o.

Programas DEPORTIVOS: apenas un 7 o/o

Programas INFANTILES: Programa en vivo: 11 o/o

Dibujos animados: 33 o/o

CONCLUSIONES

La programación semanal en Quito es de 390 horas, desglosadas de la siguiente manera:

Programas culturales: 52 horas . . . 13.3 o/o

Programas alienantes: 136,5 horas . . . 34,9 o/o

Programas de entretenimiento: 118 horas . . . 30,2 o/o

Programas infantiles: 80 horas

Programas deportivos: 16,5 horas 4,2 o/o

De orientación: 30 horas 7,6 o/o

Alienantes: 50 horas 12,7 o/o

El horario en el que se emiten los programas alie-

nantes es el que coincide con el tiempo libre de la mayor parte de nuestra población.

La televisión ecuatoriana está provocando aculturación y alienación de los telespectadores.

Dentro de los programas alienantes son las telenovelas las más observadas especialmente por la clase media y baja siendo esta última la más impactada por su bajo nivel cultural.

Los niños de escuelas fiscales o económicamente bajas, observan con más frecuencia los llamados comics o dibujos animados, cuyos argumentos revestidos de cierta inocencia son evidentemente parte del coloniaje cultural. Todos los mensajes que emiten son ahistóricos con sociedades estáticas en los que un héroe aparecido por generación espontánea o de otras galaxias mantiene el "equilibrio" y el estatismo de ese grupo social.

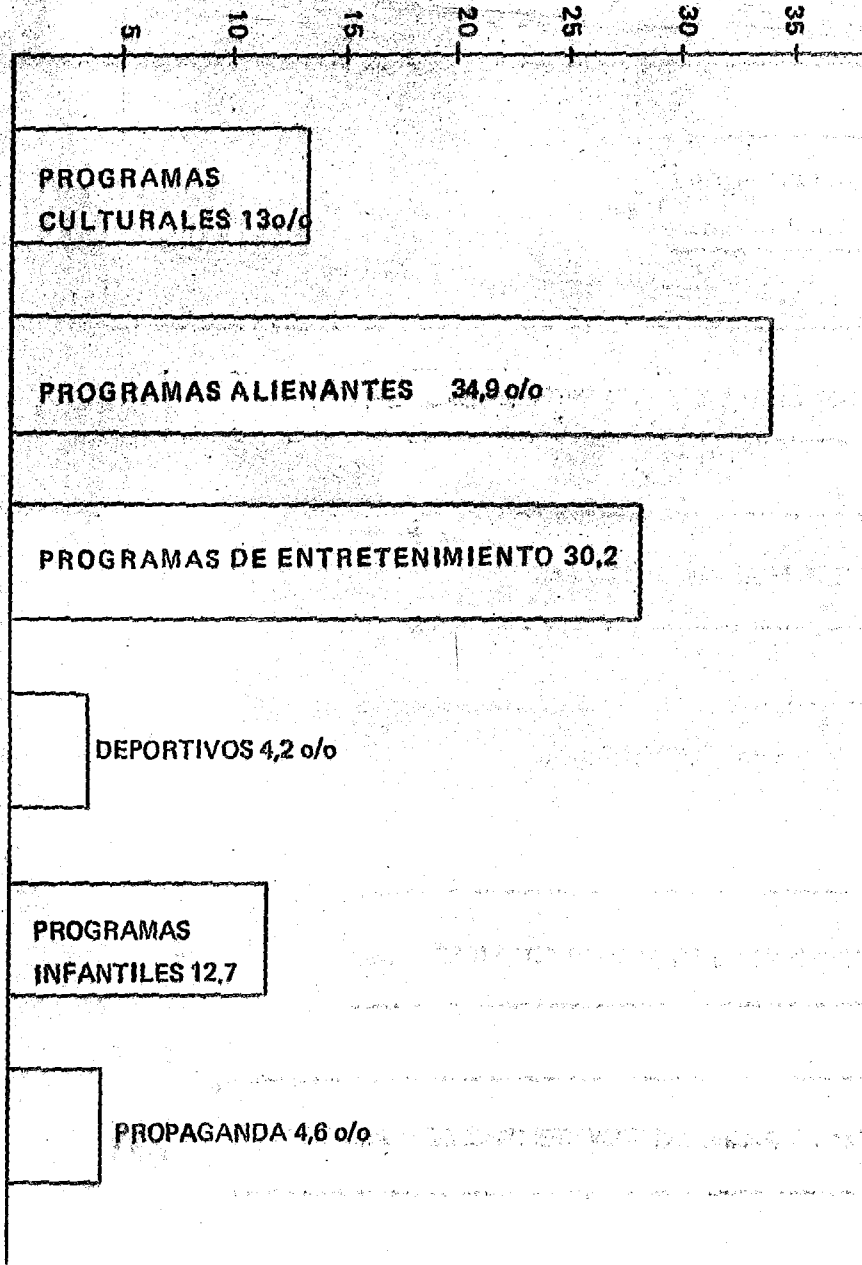
brio" y el estatismo de ese grupo social.

El héroe, por otra parte, es siempre blanco en un país mestizo con lo que intenta consolidar la actitud sumisa ante nuestros colonizadores.

La propaganda comercial, por su intensidad y contenidos evidencia el carácter mercantil de nuestra televisión. El tipo de anuncios condiciona las formas de alienación social por crear necesidades ilógicas para las clases sociales a la que corresponde la mayor sintonía.

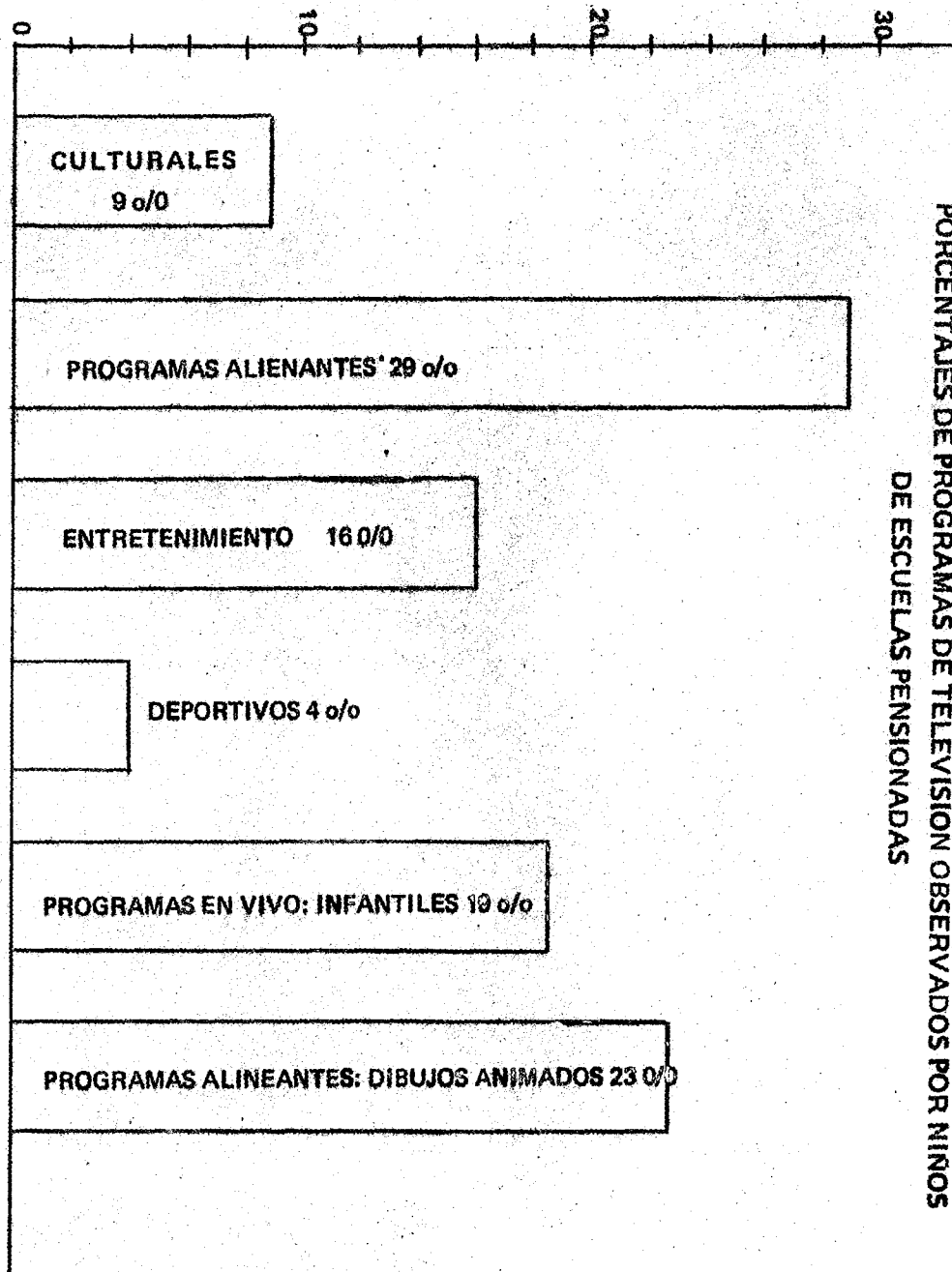
Las telenovelas estudiadas emiten mensajes y conceptos irreales, en los que la felicidad es vivir en la opulencia, tomar whisky, fumar constantemente. En ellas el adulterio es una constante y el trabajo es una actividad denigrante que debe ser ocultada a la "sociedad".

CUADRO No. 1
PORCENTAJES DE PROGRAMACIONES EN LA TELEVISION



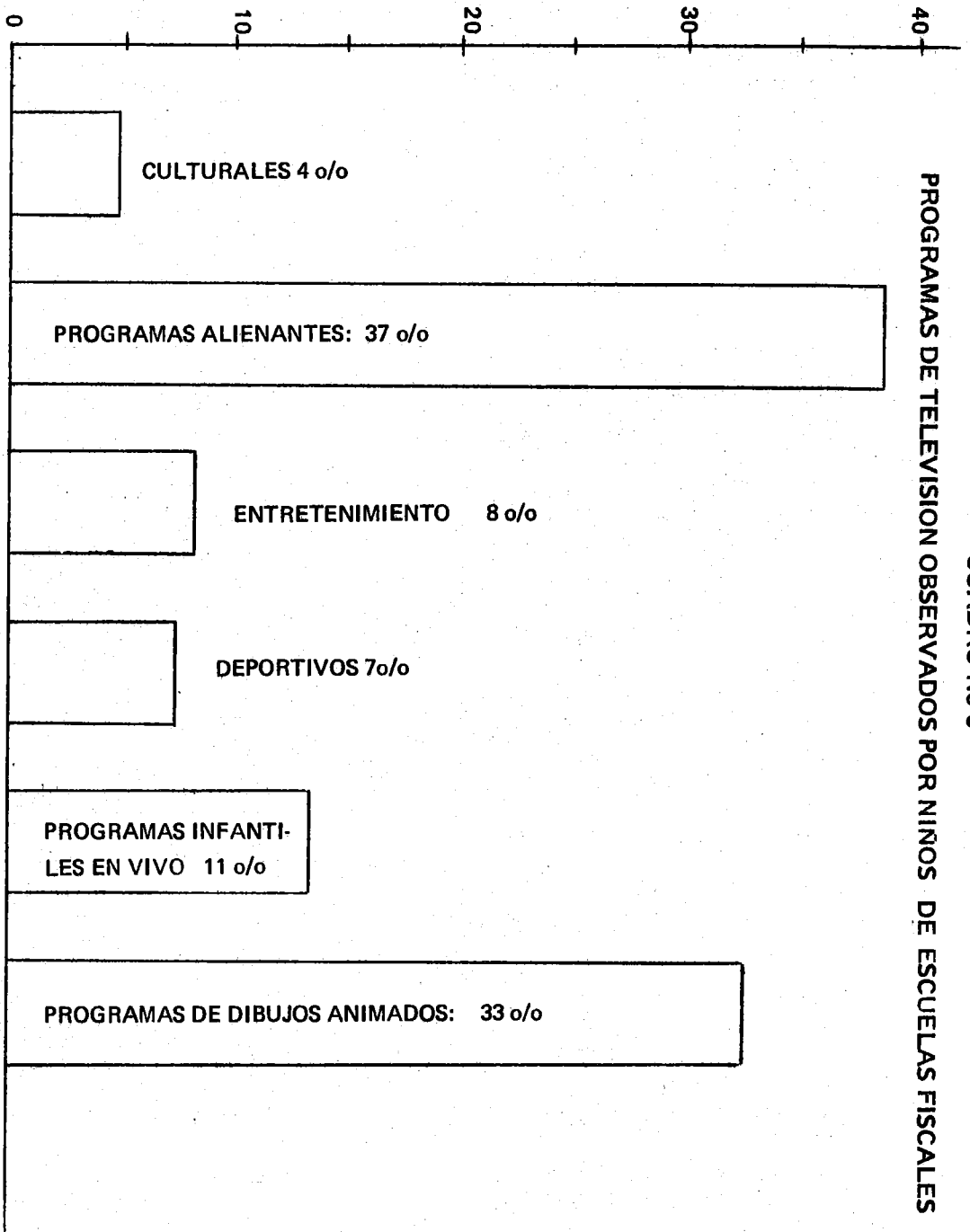
CUADRO No 2

PORCENTAJES DE PROGRAMAS DE TELEVISION OBSERVADOS POR NIÑOS DE ESCUELAS PENSIONADAS



CUADRO No 3

PROGRAMAS DE TELEVISION OBSERVADOS POR NIÑOS DE ESCUELAS FISCALES



BIBLIOGRAFIA

1. BAGET, J.: *Salvat Junior. Ed. Arrieta. Quito-Ecuador. 1972. P. 199-200.*
2. BALLADARES, M.: *Teorías del Aprendizaje (en tesis doctoral eficacia del programa: "Ayudemos a nuestros niños en sus problemas escolares). Quito-Ecuador. 1981. Volúmen I. Pág. 52-59)*
3. BOCER, R. SEABORNE, A. *Psicología del Aprendizaje. Ed. Fontanella S.A. Barcelona-España. 2da. Edc. 1978. Pág. 87-89.*
4. BORDEN, J.: *Introducción al tema de Comunicación Humana. Ed. Nacional, Madrid-España. 1 Edc. 1974 P. 250.*
5. BROWN, Roger: *Psicología Social. Ed. Siglo XXI, Madrid. 1 Edc. 1974. P. 261.*
6. CARMICHAEL, L.: *Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. El Ateneo, Barcelona-España. 1 Edc. 1969. Tomo I. P. 380-381.*
7. CAMPAÑA, A. PACURUCU, S.: *Líneamientos para el Plan Nacional de Salud Mental (Revista del M.S.P.) Quito-Ecuador, 1980. Pág. 9-15.*
8. CAMPOS MARTINEZ, L.: *El hombre, un ser en camino. Ed. Paullnas, Bogotá-Colombia. 2da. Edc. 1974. Pág. 148-160.*
9. CAMPOS MARTINEZ, L.: *Utopía somos nosotros. Ed. Imprenta del Colegio Técnico Don Bosco, Quito-Ecuador. 5ta. Edc. 1980. Págs. 179 -200, 201, 109, 210.*
10. CERDA, N. NORIEGA, F.: *Tesis de grado: Violencia Juvenil en Quito, Escuela de Sociología y Ciencias Políticas de la Universidad Central. Quito, 1980.*
11. CORDOVA CASTRO, A. y COL.: *Teoría y práctica de la Psiquiatría Social. Ed. Científico técnica, La Habana-Cuba, 1976. Págs. 127, 128, 129.*
12. CHERRY, C. SMITH, A.: *Comunicación y Cultura. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1976. P. 243.*
13. DELGADO, F.: *Influencia de los Medios de Comunicación en la Juventud y Niñez del Ecuador. Revista 1 x 1 Cine y Medios de Comunicación en el Ecuador No. 12, Biblioteca CIESPAL, Quito-Ecuador 1979. P. 65.*
14. DOMAZEDIER, L.: *La TV en la Sociedad. Ed. CIESPAL. 1. Edc. 1967. P. 204.*
15. EMERY, E.: *Las Comunicaciones en el Mundo Actual. Ed. Norma, Colombia. 2da. Edc. 1967. P. 611.*
16. FAGEN, Richard: *Política y Comunicación. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1970.*
17. FERNANDEZ, A.: *Fundamentos de Psiquiatría Actual. Ed. Paz. Montalvo - Madrid. 1976.*
18. FRANCO, J.: *La TV. en los niños y adultos. Revista del Hospital "Alejandro Mann" 1969. Vol. III No. 1-3.*
19. FREEDMAN, A. KAPLAN, H. SADOK, B.: *Compendio de Psiquiatría. Salvat Edt. Barcelona-España, 1ra. Edc. 1975, Págs.: 137, 159, 825, 826.*
20. GEABORNE, E.A.: *Psicología del Aprendizaje. Ed. Fontanella S.A. Barcelona. 1978.*
21. GONZALES P.: *Los medios de Comunicación de Masas en México. Ed. Unam. México. 1 Edc. 1969. P. 173.*
22. GREGORI, I.: *Psiquiatría Clínica. Ed. Interamericana. México. 1968. Págs. 180-182.*
23. HENRY, E. BERNARD. P. BRISSET, CH.: *Tratado de Psiquiatría. Salvat Edt. Toray Mason. Barcelona-España. 7ma. Edc. 1975. Págs.52-58.*

24. HILGARD, E. BOWER, G.: *Teorías del Aprendizaje*. Ed. Trillas S.A. México. 1 Edc. 1978. Págs. 624-625.
25. LA SALUD MENTAL: *Crónica de la OMS*. 1980. Vol. 34 (No. 12) 507.
26. La T.V. Y ELHOMBRE CONTEMPORANEO: *La TV*. Vol. 14, 1973. 77-92.
27. MARX K.: *Manuscrito de Economía y Filosofía*. Ed. Alianza. Madrid-España; 5ta. Edc. 1974. I Tomo. Págs: 103-119.
28. MARK K.: *El Capital: Crítica de Economía Política*. Fondo de Cultura Económica. México. 8va. reimp. 1973. Vol I Págs. 130 149. Vol III - Págs. 245-248.
29. MATTELART, A., BIEMA P., FUNES, S.: *Comunicación Masiva y Revolución Socialista*. Ed. Diógenes S.A. México. 1 Edc. marzo 1979. Págs. 21-64.
30. MATTELART, A.: *La Comunicación Masiva y el Proceso de Liberación*. Ed. Siglo XXI. Argentina. I. Edc. Págs. 73-74.
31. MENENDEZ PIDAL R.: *Gran Enciclopedia del Mundo*. Ed. Durvan S.A. Bilbao. 1972. Págs.: 5 - 535; 5-536; 5-544.
32. MILLER, George: *Psicología de la Comunicación*. Ed. Paldos, Buenos Aires. 1969. Págs. 44-51; 79-83.
33. MOLES, A.: *Los Medios de Comunicación de Masas y sus Problemas*. Revista 1 x 1. Cine y medios de comunicación en el Ecuador No. 10. Biblioteca CIESPAL. Quito-Ecuador. 1977. Pág. 3.
34. PACKARD, V.: *Las formas ocultas de la Propaganda*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires. 1 Edc. 1964. Pág.: 130-131.
35. PORTUONDO, J.: *Sicología de Rorschach*. Ed. Biblioteca Nueva de Madrid. 2da. Edc. 1981. Págs. 25.
36. ROJERS, E.: *La comunicación de Innovaciones, un enfoque transcultural*. Edt. Centro Regional de Ayuda Técnica. México. 2da. Edc. 1974. Págs.: 385.
37. RUESCH, JURGEN, BATESON. G.: *Comunicación, la Matriz Social de la Psiquiatría*. Ed. Paldos, Buenos Aires (Traducción del original Inglés por Raquel Fenares) 1 Edc. 1965. P. 19.
38. SALUD MENTAL: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Vol. LXXXV. 1978. (No. 2): 95-105.
39. SEVA DIAZ, A.: *Psiquiatría Clínica*. Edt. Espax. Barcelona. 1979. Págs.: 15-26; 324-331.
40. SMITH, A.: *Comunicación y Cultura*. Edt. Nueva Visión, Buenos Aires; Argentina. 1977. P. 339.
41. VALLEJO, J.: *Introducción a la Psiquiatría*. Ed. Científica-médica. Barcelona-España. 10ma. Edc. 1979. Pág.: 1-5.
42. WARREN, H.: *Diccionario de Psicología*. Ed. Fondo de Cultura económico, Buenos Aires, Argentina. 6ta. Edc. 1966. P. 241.
43. WRIGTH, J.: *La Obra de Jean Piaget. Desarrollo Humano*. Falkner, editor. Barcelona 1977.

* Profesor Agregado de Psiquiatría. - Universidad Central del Ecuador.

** Médico estudiante de post-grado de Psiquiatría Clínica.

EL PESO PARA LA EDAD. INDICE DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES Y PREESCOLARES

Luisa Tejada Pazmiño *
Enrique Chiriboga Villaquirán **
Elena Apolo Williams ***

INTRODUCCION

La desnutrición calórico-protéica en lactantes y preescolares puede diagnosticarse por examen clínico, pruebas bioquímicas y por antropometría nutricional.

El examen clínico permite detectar casos evidentes de desnutrición de III grado en sus formas atrófica (marasmo), edematosa (kwashiorkor) o mixta (kwashiorkor-marasmático) pero con frecuencia no permite identificar desnutrición leve o moderada (desnutrición de I - II grado).

La dosificación de proteínas y otros nutrientes en el plasma o la excreción de sus metabolitos por la orina proporcionan un diagnóstico bioquímico seguro, aún en casos de desnutrición leve, pero son pruebas costosas y de difícil utilización en la práctica.

Las medidas antropométricas son consideradas en la actualidad los mejores instrumentos para evaluar el estado nutricional, sobre todo en trabajos de campo, pues detectan desaceleración del crecimiento físico y desproporciones corporales, signos universales de desnutrición en lactantes y preescolares (1).

Se han propuesto varias medidas o índices antropométricos para evaluar el estado nutricional y los más utilizados son el peso para la edad, el peso para la talla, la talla para la edad, el perímetro braquial y en niños menores de 3 años el perímetro cefálico.

En el Ecuador el único índice utilizado en la práctica para evaluar el estado nutricional de lactantes y preescolares es el peso para la edad, "oficializado" en gráficos incluidos en el formulario 025 de la Historia Clínica Unica implementada por el Ministerio de Salud.

Los índices para evaluar el estado nutricional deben ser comparados con estándares locales o internacionales previamente establecidos. El estándar mas ampliamente difundido en Asia y América Latina es el de Harvard o de Boston diseñado por Stuart entre 1930 y 1939 con una pequeña muestra de niños Norteamericanos bien nutridos de origen caucásico (2). En la actualidad se recomienda que los países que no disponen de estándares locales utilicen los estándares de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (USNAS) conocidos también como estándares del Centro Nacional para Estadísticas de la Salud (NCHS), obtenidos de tres diferentes estudios efectuados en los Estados Unidos, dos de los cuales utilizan muestras numerosas obtenidas al azar con niños de diferente origen étnico y estado socio-económico (3, 4).

Para utilizar un estándar es necesario precisar los valores que marcan el límite de aceptabilidad (cut-off point). En la clasificación del estado nutricional es necesario definir los valores del estándar que marcan el límite entre bien nutridos y desnutridos lo cual puede expresarse en desvíos estándar, percentiles o como porcentajes de la medida o de la mediana. En Asia y América Latina es muy empleado el criterio de Gómez, que en 1956 propuso clasificar la desnutrición de acuerdo a porcentajes de la mediana, tomando como referencia los estándares peso/ edad de Harvard (5). De acuerdo al criterio de Gómez los niños se clasifican así:

> 90 o/o	Normal
75-89 o/o	Desnutridos de I grado
60-74 o/o	Desnutridos de II grado
<60 o/o	Desnutridos de III grado

El criterio de Gómez con la sugerencia de Bengoa de que se considere desnutridos de III grado a todos los niños que presentan edema de causa nutricional, ha tenido amplia difusión en nuestro país y numerosas promociones de médicos se han formado con este criterio.

Las tablas y gráficos del Ministerio de Salud del Ecuador utilizan el criterio de Gómez pero los pesos no corresponden al estándar de Harvard.

Los pesos referenciales de esas tablas no están respaldados por información documentada y disponible para consulta y se ignora el tamaño y características de la muestra, metodología, análisis estadístico, autor o autores, fecha de elaboración, etc. Por otra parte no hacen diferenciación entre hombres y mujeres y es conocido que las niñas pesan menos que los varones.

Esta situación demuestra que es de prioridad nacional definir el estándar que debe utilizarse en nuestro país para clasificar el estado nutricional de los niños y para ello es necesario contar con experiencia e información locales. Con esta finalidad, en este trabajo nos proponemos demostrar si existen o no diferencias significativas en el diagnóstico del estado nutricional de un grupo de lactantes y preescolares clasificados según dos estándares diferentes y un criterio común. Los estándares serán el del Ministerio de Salud del Ecuador (MS) y el del Centro Nacional para Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos de Norteamérica (NCHS). El criterio común para los dos estándares será la clasificación de Gómez.

MATERIAL Y METODO

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA: La investigación se efectuó en 941 niños de 1 a 60 meses de edad (527 varones y 414 mujeres) pertenecientes a estratos socio-económicos medio y bajo. La muestra fue obtenida en la ciudad de Quito, parroquias rurales de Iluman y Quichinche de la Provincia de Imbabura y en el recinto de Fumisa de la Provincia de Los Ríos. La muestra de Quito se obtuvo en guarderías del Ministerio de Bienestar Social, Centro de Salud No. 8, Consulta externa de la Maternidad Isidro Ayora, Consulta externa y salas de Clínica del Hospital de niños "Baca Ortíz". La muestra de Iluman y Quichinche estuvo conformada por niños indígenas (indios otavalo) y mestizos y la de Fumisa por niños "montubios".

Los 941 niños habían participado en anteriores investigaciones efectuadas por nuestro grupo (6, 7) y sus pesos y edades, obtenidos con procedimientos estandarizados, fueron tomados de nuestros archivos.

ESTANDARES DE PESO Y EDAD.— En este tipo utilizamos dos estandares:

1. Estándar del Ministerio de Salud (MS): se empleó la guía para la clasificación del estado nutricional de lactantes y preescolares del Ministerio de Salud del Ecuador que siguiendo el "criterio de Gómez" clasifica a los niños en eutróficos y desnutridos de I, II o III grado.
2. Estándar del Centro Nacional para Estadísticas de la Salud de Estados Unidos (NCHS). Tomando como referencia la mediana de los estándares edad/peso del Centro Nacional para Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos y aplicando el "Criterio de Gómez", elaboramos una tabla edad/peso para hombres y otra para mujeres que clasifica a los niños en eutróficos y en desnutridos de I, II o III grado. En este trabajo a estas tablas las denominamos estándares del Centro Nacional de Estadísticas para la Salud adaptadas al criterio de Gómez (NCHS-G). (anexos 1-2).

ANALISIS ESTADISTICO: Los 527 varones y 414 mujeres fueron clasificados según los estándares MS y NCHS-G. Los resultados se analizaron calculando los siguientes parámetros:

- Repetibilidad simple total: porcentaje de desnutridos identificados por cada estándar.
- Repetibilidad simple por grados de desnutrición: porcentaje de desnutridos, según grado de desnutrición, identificados por cada estándar.
- Repetibilidad compleja: porcentaje de acuerdos entre los dos estándares.
- Especificidad: porcentaje de niños bien nutridos identificados correctamente por el estándar MS en relación a la prueba de referencia (estandar NCHS-G).
- Sensibilidad total: porcentaje de niños desnutridos identificados correctamente por el estándar MS en relación a la prueba de referencia (estandar NCHS - G).
- Sensibilidad por grados de desnutrición: porcentaje de niños desnutridos, según grado de desnutrición, identificados correctamente por el

estándar MS en relación a la prueba de referencia (estandar NCHS-G).

RESULTADOS Y DISCUSION

Para ser aceptado como válido, un estándar que clasifica el estado nutricional debe ser elaborado técnicamente y representar a una población nacional. Por otra parte debe existir información disponible acerca de la metodología y análisis estadístico utilizados. El estándar NCHS reúne esas características y la clasificación de Gómez que nosotros adaptamos a ese estándar es internacionalmente aceptada. Por estas razones y con propósitos de comparación, en este trabajo asumimos que el estándar NCHS-G es la prueba de referencia o verdadera y el estándar MS es la prueba cuyo comportamiento vamos a investigar.

En la Tabla I constan los resultados obtenidos al clasificar el estado nutricional de 527 lactantes y preescolares varones con los estándares NCHS-G y MS. Fueron considerados eutróficos con el estándar NCHS-G 124 niños (23.6 o/o) y con el estándar MS 246 (46.7 o/o), lo cual indica que el estándar MS clasifica como bien nutridos a muchos niños que no lo son, dando un porcentaje muy alto de resultados falso negativos.

Con el estándar NCHS-G fueron clasificados como desnutridos 403 niños (76.4 o/o) y con el estándar MS 281 (53.3 o/o) de modo que el estándar MS subestima el problema nutricional en los tres grados de desnutrición, sobre todo en los grados I y II.

En la Tabla II constan los resultados de la correlación entre los estándares NCHS-G y MS. El estándar MS demostró tener una especificidad de 100 o/o al identificar correctamente a los 124 niños clasificados como eutróficos por el estándar NCHS-G.

La sensibilidad del estándar MS fue baja, pues identificó correctamente sólo a 69.7 o/o de niños considerados desnutridos por el estándar de referencia, lo cual ocurrió en todos los grados de desnutrición, sobre todo en los grados I y II.

El porcentaje de acuerdos del estándar MS en relación al estándar NCHS-G fue muy bajo alcanzando una repetibilidad compleja de 36.2 o/o.

Los resultados presentados en las tablas I y II y las pruebas de validación (especificidad y sensibilidad) demuestran que el estándar MS es un instrumento adecuado para identificar lactantes y preescolares varones bien nutridos pero no es útil para identificar niños desnutridos sobre todo de I y II grado.

La baja repetibilidad compleja demuestra que los resultados obtenidos con el estándar MS en lactantes y preescolares varones difieren significativamente de los obtenidos con el estándar NCHS-G debido a que los pesos de referencia que utiliza el estándar MS son mucho mas bajos que los del estándar NCHS-G.

En la Tabla III constan los resultados de la clasificación del estado nutricional de 414 lactantes y preescolares mujeres con los estándares NCHS-G y MS. Según el estándar NCHS-G fueron eutróficas 112 niñas (27.1 o/o) y de acuerdo al estándar MS 153 (36.9 o/o). Estos resultados demuestran que el estándar MS consideró bien nutridas a 41 niñas que según el estándar NCHS-G eran desnutridas, dando un número significativo de resultados falso negativos, aunque en menor proporción que en los varones.

Con el estándar NCHS-G fueron desnutridas 302 niñas (72.9 o/o) y con el estándar MS 261 (63 o/o), lo cual indica que aunque en menor proporción que en los varones, el estándar MS subestima el problema nutricional de lactantes y preescolares mujeres en los grados I y II de desnutrición, lo cual no ocurrió en el grado III en el que los dos estándares ubicaron a un número casi igual de niñas.

En la tabla IV constan los resultados de la correlación entre los estándares NCHS-G y MS. El estándar MS identificó correctamente a 109 niñas de 112 clasificadas como bien nutridas por el estándar NCHS-G, alcanzando una especificidad de 97.3 o/o.

El estándar MS identificó correctamente a 75 o/o de desnutridas de I grado, a 70.5 o/o de desnutridas de II grado y a 90.0 o/o de desnutridas de III grado. La capacidad de estándar MS para identificar niñas desnutridas, sin considerar el grado de desnutrición, fue buena alcanzando una sensibilidad total de 86.4 o/o.

Los resultados presentados en las tablas III, IV y las pruebas de validación (especificidad y sensibilidad) demuestran que el estándar MS es un buen instrumento para identificar lactantes y preescolares mujeres eutróficas y desnutridas de III grado y que subestima, aunque en menor proporción que en los varones, la desnutrición de I y II grado.

El porcentaje de acuerdos entre los dos estándares fue aceptable alcanzando una repetibilidad compleja de 86.4 o/o lo cual sugiere que los resultados no difieren muy significativamente debido a que en mujeres los estándares NCHS-G y MS utilizan como referencia pesos aproximadamente iguales.

CONCLUSIONES

- Los resultados de este estudio demuestran que las tablas y gráficos edad/peso utilizados por el Ministerio de Salud del Ecuador subestiman el problema nutricional, sobre todo en varones, pues toman como referencia pesos muy bajos en relación a estándares recomendados para países desarrollados y subdesarrollados.
- Con los estándares actualmente utilizados en nuestro país muchos niños desnutridos de I grado, sobre todo varones, son considerados bien nutridos y erróneamente pueden ser excluidos de programas de asistencia nutricional.

RECOMENDACIONES

- La información obtenida demuestra que los estándares edad/peso utilizados por el Ministerio de Salud del Ecuador no son técnicamente elaborados ni representan a la población nacional

y en consecuencia no existen razones para continuar utilizándolos como guía para clasificar el estado nutricional de lactantes y preescolares ecuatorianos.

- Mientras no dispongamos de estándares nacionales confiables debemos utilizar estándares que nos permitan "hablar un idioma universal" en términos de crecimiento físico y desnutrición. Por estas razones recomendamos utilizar tablas y gráficos elaborados tomando como referencia la mediana del estándar edad/peso del Centro Nacional para Estadística de la Salud de los Estados Unidos, adaptados a la clasificación de Gómez (anexos 1-2-3-4).*

La recomendación de utilizar en el Ecuador un estándar de un país desarrollado probablemente suscite discusión. Es necesario señalar que todavía existe controversia respecto a la conveniencia o no de emplear estándares de países en desarrollo; Algunos investigadores creen que los genes tienen influencia muy importante particularmente en la rapidez de crecimiento en determinadas edades (8,9,10,11). Otros autores demuestran que los niños de estratos socio-económicos altos de países en desarrollo siguen los mismos patrones de crecimiento que los niños de países industrializados y afirman, y nosotros compartimos ese criterio, que las diferencias en el crecimiento físico entre niños de países desarrollados y subdesarrollados se deben más a factores ambientales, como mala alimentación y enfermedades infecciosas intercurrentes, que a diferencias en el potencial genético de crecimiento (12, 13, 14).

- Al utilizar un indicador del estado nutricional se debe tener presente que todos tienen ventajas y limitaciones. El peso para la edad es el mejor indicador en niños de 0 a 2 años en quienes la desnutrición afecta muy poco al creci-

miento longitudinal aunque puede emplearse hasta los seis años de edad, identifica a casi todos los niños desnutridos, es muy sensible a pequeños cambios, es objetivo y repetible, es un buen instrumento para vigilar la evolución de niños incluidos en programas de asistencia nutricional. Su principal desventaja es no diferenciar entre desnutrición actual y pasada a más de que puede sobreestimar el problema nutricional dando muchos resultados falso positivos y no es útil para niños mayores de seis años de edad.

- Para eliminar las desventajas de un indicador es conveniente asociar dos o más indicadores. Una combinación que recomendamos por considerarla práctica es la propuesta en el diagrama de acción de Waterlow que asocia el peso para la talla y la talla para la edad y cuya utilización se ha sugerido en nuestro país. (15).

RESUMEN

Se clasificó el estado nutricional de 527 lactantes y preescolares varones y 414 mujeres utilizando dos estándares edad/peso diferentes y una clasificación común. Los estándares fueron el actualmente empleado por el Ministerio de Salud del Ecuador y un estándar elaborado por los autores tomando como referencia la mediana del estándar edad/peso del Centro Nacional de Estadística para la Salud de los Estados Unidos y la clasificación de Gómez (Estándar NCHS-G).

Los resultados demuestran que el estándar del Ministerio de Salud del Ecuador subestima el problema nutricional, sobre todo en varones, pues considera bien nutridos a muchos niños que con el estándar NCHS-G fueron desnutridos.

Los autores recomiendan que en el Ecuador se clasifique el estado nutricional de lactantes y preescolares con el estándar NCHS-G mientras no existan estándares locales.

TABLA 1

CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL
SEGUN ESTANDARES NCHS-G Y MS

VARONES

ESTADO NUTRICIONAL	ESTANDAR NCHS-G		ESTANDAR MS	
	No.	o/o	No.	o/o
EUTROFICOS	124	23.5	246	46.7
DESNUTRIDOS I. G.	217	41.2	180	34.2
DESNUTRIDOS II. G.	132	25.0	69	13.1
DESNUTRIDOS III. G.	54	10.3	32	6.0
TOTAL	527	100.0	527	100.0

TOTAL DESNUTRIDOS:

403 76.4 o/o

TOTAL DESNUTRIDOS:

281 53.3 o/o

TABLA II
RESULTADOS DE LA CORRELACION ENTRE ESTANDARES
NCHS-G Y MS

VARONES

ESTADO NUTRICIONAL	ESTANDAR NCHS-G		ESTANDARDS										
			CONCORDANTES				DISCORDANTES						
	No.	o/o	No.	o/o	Eutróficos		Desnutri. I. G.		Desnutr. II. G.		Desnutr. III. G.		
				No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Eutróficos	124	100.0	124	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Desnutridos I. G.	217	100.0	95	43.7	122	56.3	-	-	-	-	-	-	-
Desnutridos II. G.	132	100.0	47	35.6	-	-	85	64.4	-	-	-	-	-
Desnutridos III. G.	54	100.0	32	59.2	-	-	-	-	22	40.8	-	-	-
TOTAL		527		298		122		85		22			

Especificidad 100 o/o
Sensibilidad I. G.: 43.7 o/o
II. G.: 35.6o/o
III. G.: 59.2 o/o

Sensibilidad Total: 69.7o/o
Repetibilidad Simple = Prueba 53.3o/o Ref.: 76.4o/o
Repetibilidad Compleja = Prueba en relación a referencia 36.2o/o

TABLA III
CLASIFICACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGUN
ESTANDARES NCHS-G Y MS

MUJERES

ESTADO NUTRICIONAL	ESTANDAR NCHS-G		ESTANDAR MS	
	No.	o/o	No.	o/o
EUTROFICOS	112	27.1	153	36.9
DESNUTRIDOS I. G.	184	44.5	165	39.8
DESNUTRIDOS II. G.	85	20.5	65	15.8
DESNUTRIDOS III. G.	33	7.9	31	7.5
TOTAL	414	100.0	414	100.0

TOTAL DESNUTRIDOS:
302 72.9 o/o

TOTAL DESNUTRIDOS:
261 63.0 o/o

TABLA IV
 RESULTADOS DE LA CORRELACION ENTRE ESTANDARES
 NCHS-G Y MS

MUJERES

ESTADO NUTRICIONAL	E S T A N D A R M S											
	ESTANDAR NCHS-G		CONCORDANTES				DISCORDANTES					
							Eutróficos		Desnutr. I. G.		Desnutr. II. G.	
No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	
Eutróficos	112	100.0	109	97.3	—	—	3	2.7	—	—	—	—
Desnutridos I. G.	184	100.0	138	75.0	44	24.0	—	—	2	1.0	—	—
Desnutridos II. G.	85	100.0	60	70.5	—	—	24	28.2	—	—	1	1.3
Desnutridos III. G.	33	100.0	30	90.9	—	—	—	—	3	9.1	—	—
TOTAL	414		337		44		27		5		1	

Especificidad: 97.3 o/o
 Sensibilidad: I. G. 75.0 o/o
 II. G. 70.5 o/o
 III. G. 90.9 o/o

Sensibilidad Total: 86.4 o/o
 Repetibilidad Simple = 63 o/o Ref. 72.9 o/o
 Repetibilidad Compleja: prueba en relación a Ref. 88.6 o/o

ANEXOS

- 1.— Tabla edad / peso para lactantes y preescolares varones.
- 2.— Tabla edad / peso para lactantes y preescolares mujeres.
- 3.— Gráfico edad / peso para lactantes y preescolares varones.
- 4.— Gráfico edad / peso para lactantes y preescolares mujeres.

GUIA PARA CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES Y PREESCOLARES *
VARONES (1 - 35 meses)
ESTADO NUTRICIONAL

E D A D	NORMAL	DESNUTRIDOS I G.		DESNUTRIDOS II G.		DESNUTRIDOS III G.
	peso superior a kg.	Peso entre kg.		Peso entre kg.		Peso inferior a kg.
1 m.	3.86	3.85 a	3.21	3.20 a	2.57	2.57
2 m.	4.68	4.67	3.90	3.89	3.12	3.12
3 m.	5.38	5.37	4.48	4.47	3.58	3.58
4 m.	5.48	5.47	5.02	5.01	4.02	4.02
5 m.	6.57	6.56	5.47	5.46	4.38	4.38
6 m.	7.06	7.05	5.88	5.87	4.71	4.71
7 m.	7.47	7.46	6.22	6.21	4.98	4.98
8 m.	7.65	7.64	6.37	6.36	5.10	5.10
9 m.	8.26	8.25	6.88	6.87	5.50	5.50
10 m.	8.55	8.54	7.12	7.11	5.70	5.70
11 m.	8.91	8.90	7.42	7.41	5.94	5.94
1 año	9.13	9.12	7.61	7.60	6.09	6.09
1 " 1 m.	9.36	9.35	7.80	7.79	6.24	6.24
1 " 2 m.	9.63	9.62	8.02	8.01	6.42	6.42
1 " 3 m.	9.81	9.80	8.17	8.16	6.54	6.54
1 " 4 m.	9.99	9.98	8.32	8.31	6.66	6.66
1 " 5 m.	10.17	10.16	8.47	8.46	6.78	6.78
1 " 6 m.	10.32	10.31	8.60	8.59	6.88	6.88
1 " 7 m.	10.53	10.52	8.77	8.76	7.02	7.02
1 " 8 m.	10.62	10.61	8.85	8.84	7.08	7.08
1 " 9 m.	10.80	10.79	9.00	8.99	7.20	7.20
1 " 10 m.	10.98	10.97	9.15	9.14	7.32	7.32
1 " 11 m.	11.16	11.15	9.30	9.29	7.44	7.44
2 años	11.33	11.32	9.44	9.43	7.55	7.55
2 " 1 m.	11.52	11.51	9.60	9.59	7.68	7.68
2 " 2 m.	11.70	11.69	9.75	9.74	7.80	7.80
2 " 3 m.	11.79	11.78	9.82	9.81	7.86	7.86
2 " 4 m.	11.97	11.96	9.97	9.96	7.98	7.98
2 " 5 m.	12.15	12.14	10.12	10.11	8.10	8.10
2 " 6 m.	12.30	12.29	10.25	10.24	8.20	8.20
2 " 7 m.	12.42	12.41	10.35	10.34	8.28	8.28
2 " 8 m.	12.60	12.59	10.50	10.49	8.40	8.40
2 " 9 m.	12.78	12.77	10.65	10.64	8.52	8.52
2 " 10 m.	12.96	12.95	10.80	10.79	8.64	8.64
2 " 11 m.	13.05	13.04	10.87	10.86	8.70	8.70

* TABLA ELABORADA TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIANA DEL ESTANDAR EDAD/PESO DEL CENTRO NACIONAL PARA ESTADISTICAS DE LA SALUD (USA) Y LA CLASIFICACION DE GOMEZ.

GUIA PARA CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES Y PREESCOLARES *
MUJERES (1 - 35 meses)

ESTADO NUTRICIONAL

E D A D	NORMAL peso superior a kg.	DESNUTRIDOS I G. Peso entre kg.	DESNUTRIDOS II G. Peso entre kg.	DESNUTRIDOS III G. Peso inferior a kg.
1 mes	3.58	3.57 a 2.98	2.97 a 2.38	2.38
2 meses	4.23	4.22 a 3.52	3.51 a 2.82	2.82
3 "	4.86	4.85 a 4.05	4.04 a 3.24	3.24
4 "	5.40	5.39 a 4.50	4.49 a 3.60	3.60
5 "	6.03	6.02 a 5.02	5.01 a 4.02	4.02
6 "	6.48	6.47 a 5.40	5.39 a 4.32	4.32
7 "	6.93	6.92 a 5.77	5.76 a 4.62	4.62
8 "	7.38	7.37 a 6.15	6.14 a 4.92	4.92
9 "	7.70	7.69 a 6.42	6.41 a 5.13	5.13
10 "	8.01	8.00 a 6.67	6.66 a 5.34	5.34
11 "	8.28	8.27 a 6.90	6.89 a 5.52	5.52
1 año	8.57	8.56 a 7.14	7.13 a 5.71	5.71
1 " 1 m.	8.82	8.81 a 7.35	7.34 a 5.88	5.88
1 " 2 m.	9.00	8.99 a 7.50	7.49 a 6.00	6.00
1 " 3 m.	9.18	9.17 a 7.65	7.64 a 6.12	6.12
1 " 4 m.	9.36	9.35 a 7.80	7.79 a 6.24	6.24
1 " 5 m.	9.54	9.53 a 7.95	7.94 a 6.36	6.36
1 " 6 m.	9.73	9.72 a 8.11	8.10 a 6.49	6.49
1 " 7 m.	9.90	9.89 a 8.25	8.24 a 6.60	6.60
1 " 8 m.	10.08	10.07 a 8.40	8.39 a 6.72	6.72
1 " 9 m.	10.26	10.25 a 8.55	8.54 a 6.84	6.84
1 " 10 m.	10.35	10.34 a 8.62	8.61 a 6.90	6.90
1 " 11 m.	10.53	10.52 a 8.77	8.76 a 7.02	7.02
2 años	10.71	10.70 a 8.92	8.91 a 7.14	7.14
2 " 1 m.	10.80	10.79 a 9.00	8.99 a 7.20	7.20
2 " 2 m.	10.98	10.97 a 9.15	9.14 a 7.32	7.32
2 " 3 m.	11.16	11.15 a 9.30	9.29 a 7.44	7.44
2 " 4 m.	11.34	11.33 a 9.45	9.44 a 7.56	7.56
2 " 5 m.	11.52	11.51 a 9.60	9.59 a 7.68	7.68
2 " 6 m.	11.72	11.71 a 9.77	9.76 a 7.81	7.81
2 " 7 m.	11.88	11.87 a 9.90	9.89 a 7.92	7.92
2 " 8 m.	12.06	12.05 a 10.05	10.04 a 8.04	8.04
2 " 9 m.	12.24	12.23 a 10.20	10.19 a 8.16	8.16
2 " 10 m.	12.42	12.41 a 10.35	10.34 a 8.28	8.28
2 " 11 m.	12.51	12.50 a 10.42	10.41 a 8.34	8.34

* TABLA ELABORADA TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIANA DEL ESTANDAR EDAD/PESO DEL CENTRO NACIONAL PARA ESTADISTICAS DE LA SALUD (USA) Y LA CLASIFICACION DE GOMEZ.

GUIA PARA CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES Y PREESCOLARES*
VARONES (36 - 72 meses)

ESTADO NUTRICIONAL

	NORMAL Peso superior a Kg.	DESNUTRIDOS I G. Peso entre Kg.	DESNUTRIDOS II G. Peso entre Kg.	DESNUTRIDOS III G. Peso inferior a Kg.
3 años	13.15	13.14 a 10.96	10.95 a 8.77	8.77
3 " 1 m	13.32	13.31 a 11.10	11.09 a 8.88	8.88
3 " 2 m	13.50	13.49 a 11.25	11.24 a 9.00	9.00
3 " 3 m	13.68	13.67 11.40	11.39 9.12	9.12
3 " 4 m	13.77	13.76 11.47	11.46 9.18	9.18
3 " 5 m	13.92	13.91 11.62	11.61 9.30	9.30
3 " 6 m	14.11	14.10 11.76	11.75 9.40	9.40
3 " 7 m	14.22	14.21 11.85	11.84 9.48	9.48
3 " 8 m	14.40	14.39 12.00	11.99 9.60	9.60
3 " 9 m	14.58	14.57 12.15	12.14 9.72	9.72
3 " 10 m	14.76	14.75 12.30	12.29 9.84	9.84
3 " 11 m	14.85	14.84 12.37	12.36 9.90	9.90
4 años	15.02	15.01 12.51	12.50 10.01	10.01
4 " 1 m	15.21	15.20 12.67	12.66 10.14	10.14
4 " 2 m	15.30	15.29 12.75	12.74 10.20	10.20
4 " 3 m	15.48	15.47 12.90	12.89 10.32	10.32
4 " 4 m	15.66	15.65 13.05	13.04 10.44	10.44
4 " 5 m	15.75	15.74 13.12	13.11 10.50	10.50
4 " 6 m	15.92	15.91 13.26	13.25 10.61	10.61
4 " 7 m	16.11	16.10 13.42	13.41 10.74	10.74
4 " 8 m	16.20	16.19 13.50	13.49 10.80	10.80
4 " 9 m	16.38	16.37 13.65	13.64 10.92	10.92
4 " 10 m	16.47	16.46 13.72	13.71 10.98	10.98
4 " 11 m	16.55	16.64 13.87	13.86 11.10	11.10
5 años	16.80	16.79 14.00	13.99 11.20	11.20
5 " 1 m	16.92	16.91 14.10	14.09 11.28	11.28
5 " 2 m	17.10	17.09 14.25	14.24 11.40	11.40
5 " 3 m	17.28	17.27 14.40	14.39 11.52	11.52
5 " 4 m	17.37	17.36 14.47	14.46 11.58	11.58
5 " 5 m	17.55	17.54 14.62	14.61 11.70	11.70
5 " 6 m	17.70	17.69 14.75	14.74 11.80	11.80
5 " 7 m	17.82	17.81 14.85	14.84 11.88	11.88
5 " 8 m	18.00	17.99 15.00	14.99 12.00	12.00
5 " 9 m	18.18	18.17 15.15	15.14 12.12	12.12
5 " 10 m	18.27	18.26 15.22	15.21 12.18	12.18
5 " 11 m	18.45	18.44 15.37	15.36 12.30	12.30
6 años	18.62	18.61 15.51	15.50 12.41	12.41

* TABLA ELABORADA TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIANA DEL ESTANDAR EDAD/PESO DEL CENTRO NACIONAL PARA ESTADISTICAS DE LA SALUD (USA) Y LA CLASIFICACION DE GOMEZ.

GUIA PARA CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES Y PREESCOLARES *
MUJERES (36 - 72 meses)
ESTADO NUTRICIONAL

E D A D	NORMAL peso superior a kg.	DESNUTRIDOS I G. Peso entre kg.	DESNUTRIDOS II G. Peso entre kg.	DESNUTRIDOS III G. Peso inferior a kg.
3 años	12.69	12.68 a 10.57	10.56 a 8.46	8.46
3 " 1 m.	12.87	12.86 10.72	10.71 8.58	8.58
3 " 2 m.	12.96	12.95 10.80	10.79 8.64	8.64
3 " 3 m.	13.14	13.13 10.95	10.94 8.76	8.76
3 " 4 m.	13.32	13.31 11.10	11.09 8.88	8.88
3 " 5 m.	13.41	13.40 11.17	11.16 8.94	8.94
3 " 6 m.	13.56	13.55 11.30	11.29 9.04	9.04
3 " 7 m.	13.68	13.67 11.40	11.39 9.12	9.12
3 " 8 m.	13.86	13.85 11.55	11.54 9.24	9.24
3 " 9 m.	13.95	13.94 11.62	11.61 9.30	9.30
3 " 10 m.	14.13	14.12 11.77	11.76 9.42	9.42
3 " 11 m.	14.31	14.30 11.92	11.91 9.54	9.54
4 años	14.35	14.34 11.96	11.95 9.57	9.57
4 " 1 m.	14.49	14.48 12.07	12.06 9.66	9.66
4 " 2 m.	14.58	14.57 12.15	12.14 9.72	9.72
4 " 3 m.	14.76	14.75 12.15	12.14 9.72	9.72
4 " 4 m.	14.85	14.84 12.37	12.36 9.90	9.90
4 " 5 m.	15.03	15.02 12.52	12.51 10.02	10.02
4 " 6 m.	15.12	15.11 12.60	12.59 10.08	10.08
4 " 7 m.	15.30	15.29 12.75	12.74 10.20	10.20
4 " 8 m.	15.39	15.38 12.82	12.81 10.26	10.26
4 " 9 m.	15.48	15.47 12.90	12.89 10.32	10.32
4 " 10 m.	15.66	15.65 13.05	13.04 10.44	10.44
4 " 11 m.	15.75	15.74 13.12	13.11 10.50	10.50
5 años	15.89	15.88 13.24	13.23 10.59	10.59
5 " 1 m.	16.02	16.01 13.35	13.34 10.68	10.68
5 " 2 m.	16.20	16.19 13.50	13.49 10.80	10.80
5 " 3 m.	16.29	16.28 13.57	13.56 10.86	10.86
5 " 4 m.	16.47	16.46 13.72	13.71 10.98	10.98
5 " 5 m.	16.56	16.55 13.80	13.79 11.04	11.04
5 " 6 m.	16.70	16.69 13.92	13.91 11.13	11.13
5 " 7 m.	16.83	16.82 14.02	14.01 11.22	11.22
5 " 8 m.	17.01	17.00 14.17	14.16 11.34	11.34
5 " 9 m.	17.10	17.09 14.25	14.24 11.40	11.40
5 " 10 m.	17.28	17.27 14.40	14.39 11.52	11.52
5 " 11 m.	17.46	17.45 14.55	14.54 11.64	11.64
6 años	17.56	17.55 14.64	14.63 11.71	11.71

* TABLA ELABORADA TOMANDO COMO REFERENCIA LA MEDIANA DEL ESTANDAR EDAD/PESO DEL CENTRO NACIONAL PARA ESTADISTICAS DE LA SALUD (USA) Y LA CLASIFICACION DE GOMEZ.

GRAFICO PARA CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES
Y PREESCOLARES *
VARONES

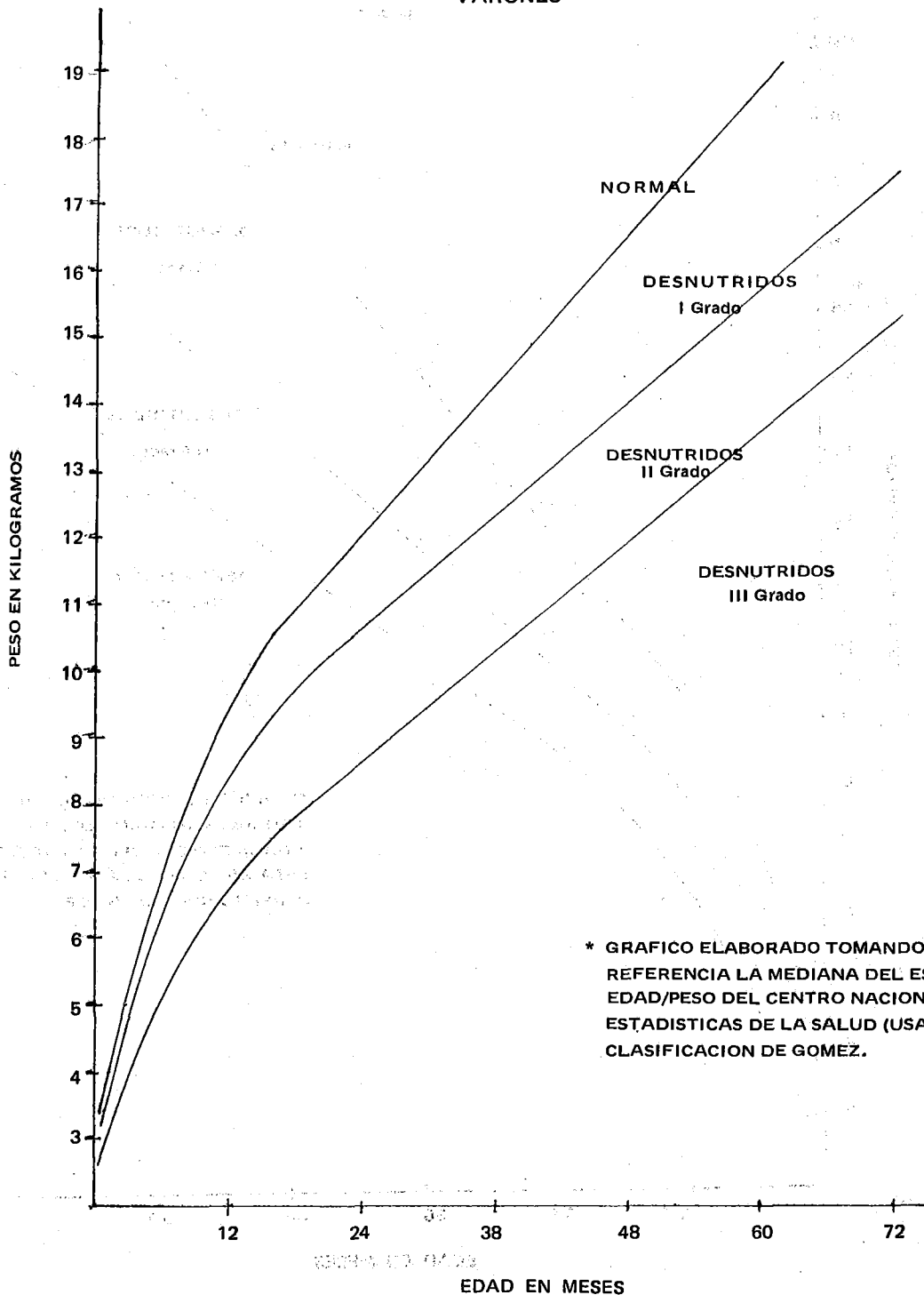
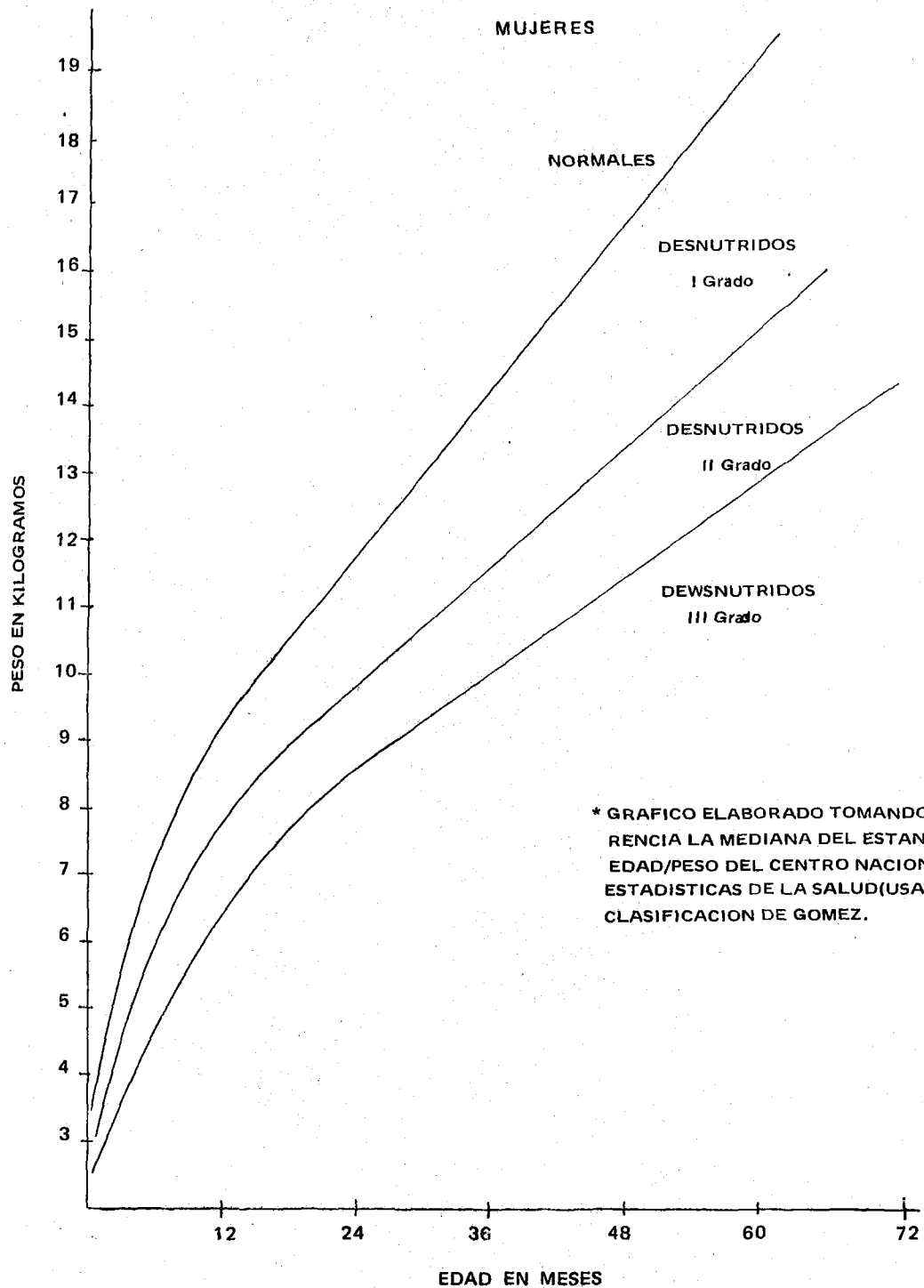


GRAFICO PARA CLASIFICAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LACTANTES Y PREESCOLARES *



BIBLIOGRAFIA

1. Ramos Galván, R.: *Desnutrición en el niño. Impresiones Modernas S.A. México, 1969.*
 2. Stuart, H.C. and Stevenson, S.: "Physical Growth and Development". *Textbook of Pediatrics, 5th ed. Ed. By W. Nelson. Saunders, pp, 14-73, 1950. Philadelphia, USA.*
 3. Hamill, P. and Moore, W.M. eds.: "Contemporary Growth Charts". *Public Health Currents, August 1976.*
 4. National Center for Health Statistics. *Monthly and Vital Statistics Report, 25, Supplement, 1976.*
 5. Gómez, F.: *Desnutrición. Bol. Med. Hosp. Inf. México. 3:543, 1946.*
 6. Chiriboga, E., Tejada, L., Apolo, E. y Perrone, J.: *El Perímetro Braquial como Prueba de Selección del Estado Nutricional. Rev. de la Facultad de Medicina. Vol. VI-1-1981.*
 7. Chiriboga, E., Tejada, L., Apolo, E. y col.: *El Perímetro Braquial como Prueba de selección del Estado Nutricional en Lactantes y Preescolares de Areas Rurales y Urbanas. Prueba de Validación de un Instrumento Local. Rev. Fac. Medicina. Vol. VI-2-1981.*
 8. Waterlow, J.C. et al. : "The Presentation and use of Height and Weight Data for Comparing the Nutritional Status of Groups of Children Under the Age of Ten Years" *Bulletin of WHO, 55: 489-498, 1977.*
 9. Graham, G. et al. : "Growth Standards for Poor Urban Children in Nutrition Studies". *American Journal of Clinical Nutrition, 32:3, 703, 1979.*
 10. Garn, S.: "The Last Word: Hazards and Inter-Relationships Assessment of Children and Youth Workshop. Michigan: Michigan Department of Public Health, 1977.
 11. Seth, V., K.R. Sundaram, and Gupta, M.: "Growth Reference Standards for Developing Countries". *Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health, 25:2, 3, 37, 1979.*
 12. Morley, D. and M. Woodland. *See How They Grow: Monitoring Child Growth for Appropriate Health Care in Developing Countries. New York: Oxford University Press, 1979.*
 13. Habicht, J.P. et al. : "Height and Weight and Weight Standards for Preschool Children: How Relevant Are Ethnic Differences in Growth Potential? ". *Lancet, 1, 611, 1974.*
 14. Blanco, R. A., Acheson, R.M., Canosa, C. and Salomon, J.B.: "Height, Weight and Lines of Arrested Growth in Young Guatemalan Children". *American Journal of Physical Anthropology, 40: 39-47, 1974.*
 15. Hermida, C.: *Creclimiento Infantil y Supervivencia. Universidad Central, Quito. 1981*
-
- * Profesora de Pediatría, Departamento de Internado Rotativo, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central. Jefe Encargado, del Servicio de Infectología del Hospital de Niños "Baca Ortiz", Quito.
- ** Profesor de Pediatría, Departamento de Internado Rotativo, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central. Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital de Niños "Baca Ortiz", Quito.
- *** Médico Pediatra, adscrita al Servicio de Emergencia del Hospital de Niños "Baca Ortiz", Quito.

Casos
Clínicos

ECLAMPSIA EN LA MATERNIDAD ISIDO AYORA QUITO - ECUADOR

Dr. Fabián Orbe Garcés *
Dr. Angel Lara del Pozo**

INTRODUCCION

Conociendo que la eclampsia constituye la expresión más grave de la toxemia, que puede presentarse tanto en la mujer gestante, como en la puérpera; tiene como característica principal la aparición de convulsiones tónico-clónicas, con pérdida de la conciencia, seguida de un estado de coma más o menos prolongado, y que en múltiples ocasiones lleva a la muerte materna y fetal.

Si bien es cierto que no se conoce la etiología de este padecimiento, por lo que ha sido llamada enfermedad de las teorías, no está por demás anotar los factores predisponentes de la toxemia gravídica, así: Nuliparidad, embarazo múltiple, hidramnios, bajo estado socioeconómico y cultural, mala nutrición materna, especialmente proteica y para algunos incluso factores hereditarios y raciales.

Cabe anotar que la eclampsia, salvo cuando hay factores asociados como podría ser hipertensión

previa y/o mola hidatiforme, es generalmente patología que se presenta después de las 24 semanas de embarazo o a principios del puerperio.

La norma de tratamiento seguida en la institución donde se realizó este estudio, es la terminación del embarazo en la paciente ecláptica lo más rápido posible, previa atención en lo concerniente a medidas de tipo general, sedación con fenobarbital sódico y uso como anticonvulsivante de sulfato de magnesio, con el siguiente esquema: 4-6 gm. intravenoso iniciales y un gm. por hora en venoclisis, bajo control de signos de intoxicación a la droga.

Hacemos en el presente trabajo una revisión epidemiológica de esta patología, en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, que trata una población de bajo nivel socioeconómico y además constituye el principal centro de atención obstétrica en nuestro medio, y el lugar de referencia de otros centros de

la ciudad y la región. Queremos conocer nuestros datos y como ecuatorianos hablar en cifras nacionales, y siendo la maternidad una unidad docente asistencial en nuestro medio, con las conclusiones veremos si el tipo de tratamiento llevado a cabo en la Institución, permite obtener resultados favorables y establecer normas de manejo de la paciente eclámptica, que redundarán en beneficio de nuestras mujeres.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron los datos consignados en las historias clínicas de 53 pacientes eclámpticas internadas en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, en el período comprendido entre Enero de 1980 y el 31 de Diciembre de 1981 (2 años calendario).

Todas las eclámpticas ingresaron al presente estudio sin tomar en cuenta los parámetros que Eden preconiza para clasificar a la eclámptica como leve o grave.

VARIABLES ESTUDIADAS

- A. EDAD.**— Las pacientes estudiadas se dividieron en grupos de 10 años, tomando en cuenta años cumplidos.
- B. PARIDAD.**— Se dividieron en grupos de primíparas y multíparas, dentro de este último grupo fueron consideradas aquellas que tienen dos o más embarazos, hayan terminado en mortinato o parto prematuro.
- C. ESTADO CIVIL.**— Corresponde al dato constante en la ficha clínica, siendo solteras y casadas para el momento del ingreso.
- D. EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO ACTUAL.**— Se tomó en cuenta la fecha de última menstruación y a falta de ésta la altura del fondo uterino consignada en examen físico.
- E. TIPO DE PARTO.**— Es decir la vía y el método con el que se terminó el embarazo, o si éste no se produjo.
- F. CONTROL PRENATAL.**— En base a lo consig-

nado en el expediente clínico, se dividió en grupos que carecieron de control, que tuvieron control por lo menos una vez, y control en más de cuatro ocasiones.

G. MORTALIDAD MATERNA.— Independiente del momento en que se produjo luego de la admisión.

H. PRESION ARTERIAL.— Se tomó en cuenta la máxima presión registrada en la ficha clínica.

I. DIAS DE HOSPITALIZACIÓN.—

CONCLUSIONES

I. INCIDENCIA

En la Maternidad Isidro Ayora de Quito durante el período de Enero de 1980 a Diciembre de 1981 se han producido 27.149 partos. Relacionando la incidencia de eclampsia con el número de partos en nuestro medio está en el orden de 1.95 x mil, alta si comparamos con otros países como Estados Unidos que tiene el 0.5 x mil, México 0.7 x mil y menor que en Trinidad donde la incidencia de esta patología es de 6.3 x mil, Antioquia (Colombia) 12 x mil en 1974.

Dependiendo del momento que aparece el cuadro convulsivo, de forma general, podemos decir que el 50 o/o de casos es anteparto, 25 o/o es intraparto y 25 o/o postparto. En nuestra casuística estos parámetros fueron: Anteparto 52 pacientes que representan el 92.8 o/o; postparto una paciente equivalente al 1.86 o/o; intraparto no se registró ningún caso. Cabe mencionar que la eclampsia postparto es aquella en que las convulsiones se presentan durante las primeras 24 horas del puerperio, ya que si el cuadro convulsivo aparece pasado este período se deben buscar otras causas como razón del cuadro convulsivo. Tabla y gráfico 1.

II. EDAD

De manera general podemos mencionar que la eclampsia es más frecuente en mujeres primíparas jóvenes, en nuestro estudio la incidencia mayor se encontró entre los 21-30 años de edad con el

41.5 o/o; seguido de las pacientes menores de 21 años con el 37.7 o/o, esta alta incidencia es debida a que el primer embarazo en nuestro medio es en edad temprana. Tabla y gráfico 2.

III. PARIDAD

Siendo la eclampsia más frecuente en mujeres primíparas en una proporción con las multíparas de 3 a 1. En el Hospital San Bartolomé (México) esta proporción se mantiene en 2.8 a 1, en la Maternidad Isidro Ayora la proporción es practicamente de 1 a 1, pues el 45.2 o/o de eclámpticas fueron primíparas y el 44 o/o multíparas, similar al Instituto Colombiano de Seguridad Social que es el 1.3 a 1. Tabla y gráfico 3.

IV. ESTADO CIVIL

Si bien es cierto que el estado civil no representa el estado de organización de la familia, ya que el gran número de mujeres solteras mantienen un hogar organizado y por consiguiente los problemas de tipo económico, social, etc. que podrían llevar a que la toxemia sea más frecuente, no se hacen manifiestos, es así como de las 53 eclámpticas, 17 fueron solteras lo que representa el 32.07 o/o; mientras que casadas fueron 32 lo que significa que el 60.03 o/o.

V. SEMANAS DE GESTACION

Siendo la eclampsia una patología que generalmente aparece sobre las 24 semanas, la incidencia mayor encontramos entre las 28-37 semanas de gestación con el 47.1 o/o de las eclámpticas; y de 18-42 semanas el 39.6 o/o. Tabla y gráfico 4.

VI. TERMINACION DEL EMBARAZO

En la Maternidad Isidro Ayora, como parte del tratamiento de la eclampsia se sigue el procedimiento radical, esto es terminar el embarazo lo más pronto posible independiente de la edad gestacional, tan sólo tomando en cuenta el estado de dilatación cervical, para en aquellos casos que el

parto es innamemente elegir la vía vaginal; en base a estos antecedentes es notoria la alta incidencia de cesárea entre las pacientes eclámpticas que está en el orden del 83 o/o; mientras que el parto vaginal es el 13 o/o. Todas las pacientes sometidas a cesárea, recibieron anestesia general. Tabla y gráfico 5.

VII. EMBARAZO MULTIPLE

Como mencionamos al inicio entre uno de los factores predisponentes de la eclampsia está el embarazo múltiple; entre las 53 pacientes, una tuvo embarazo gemelar con parto vaginal, los dos productos vivos a las 39 semanas de gestación y el cuadro eclámptico se presentó en el postparto.

VIII. CONTROL PRENATAL

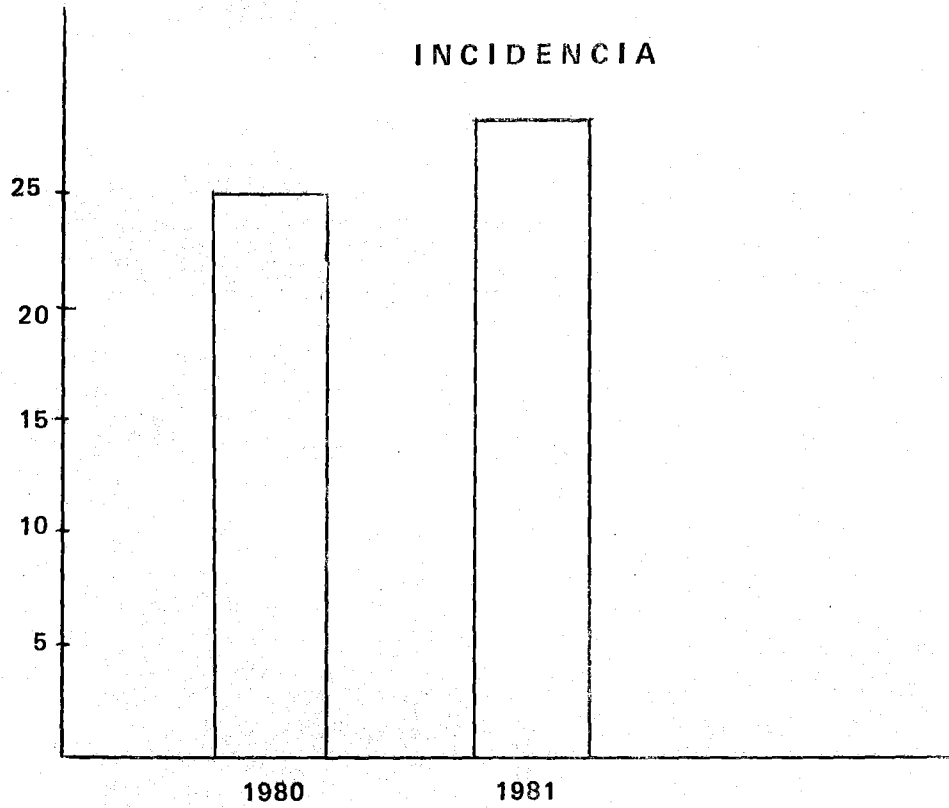
La falta de control prenatal es causa de incremento de todas las patologías presentes durante la gestación, en lo relacionado con la eclampsia; salvo en mujeres muy jóvenes, antecedentes de hipertensión previa, embarazo molar; los controles prenatales en el primer trimestre tienen poco valor, no así, en el trimestre final donde se refleja la importancia del control médico para detectar la pre-eclampsia en sus fases iniciales, instalar el tratamiento clínico ambulatorio adecuado, la hospitalización temprana y evitar se desencadene la eclampsia.

De las pacientes eclámpticas en la Maternidad Isidro Ayora el 41.4 o/o recibieron control prenatal por lo menos una vez y el 58.4 o/o carecieron de este control, en 4 ocasiones o más recibieron el 20.7 o/o.

IX. MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es del orden del 26.4 o/o de las pacientes. Creemos necesario indicar que las condiciones de ingreso en estado de inconciencia y cuadro convulsivo previo en el 92.4 o/o, incrementan el índice de mortalidad en esta casa de salud. Otros agravantes de la eclampsia, son: la multiparidad, y la edad avanzada de la madre, así tenemos que las 14 fallecidas, 6 fueron multíparas lo que representa el 60 o/o; y tomando en cuenta la edad, pacientes mayores de 40 años fueron 3 y las

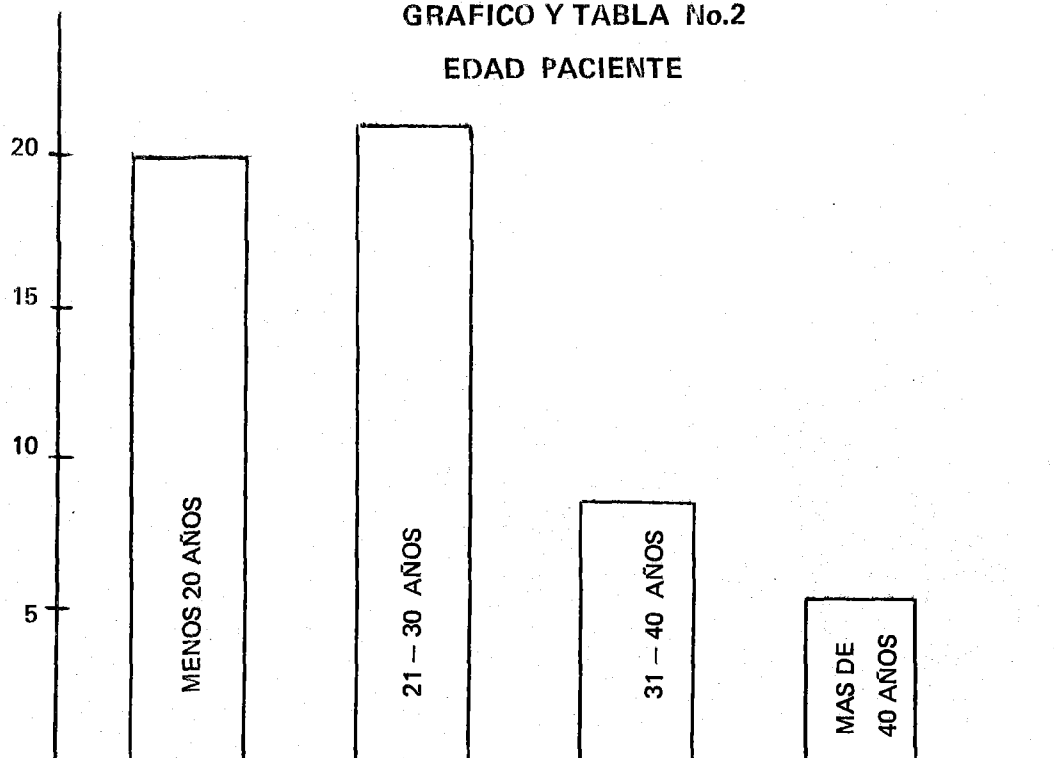
GRAFICO Y TABLA No. 1



Incidencia años	Total partos	No. Casos	o/o
1980	13.444	25	1,85
1981	13.705	28	2.04
TOTAL	27.149	53	1,95

GRAFICO Y TABLA No.2

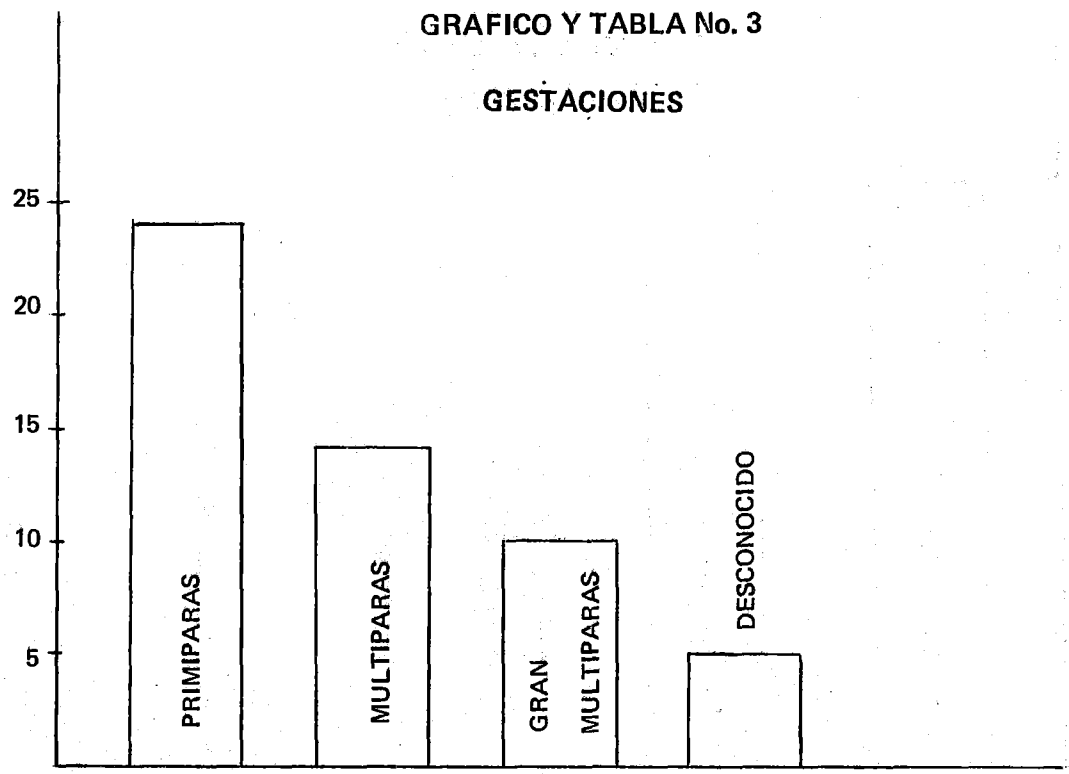
EDAD PACIENTE



PACIENTES AÑOS	No. CASOS	PORCENTAJE
Menos 20 años	20	37.7 o/o
21 - 30 años	22	41.5 o/o
31 - 40 años	8	15.0 o/o
Más 40 años	3	5.6 o/o
TOTAL	53	

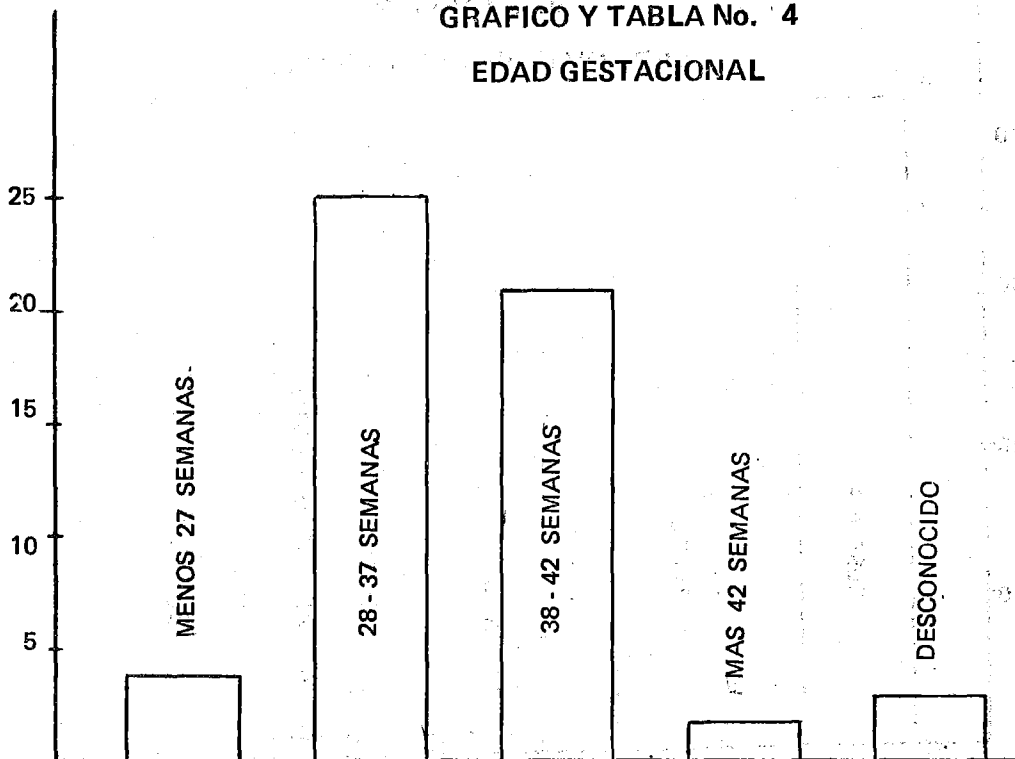
GRAFICO Y TABLA No. 3

GESTACIONES



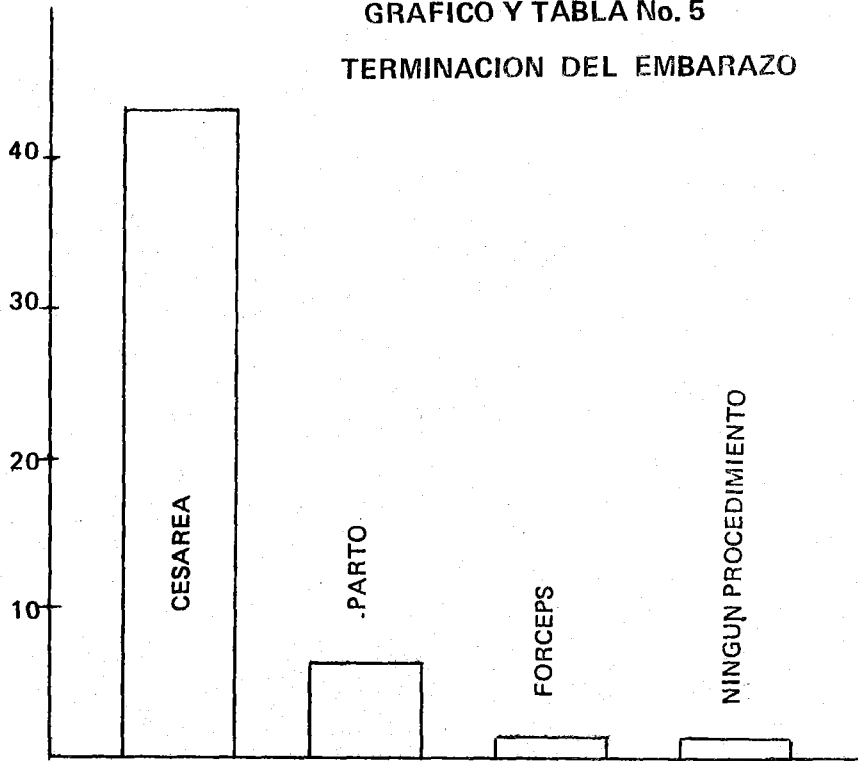
PARIDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
Primíparas	24	45.2 o/o
Multíparas	14	26.4 o/o
Gran Multíparas	10	18.8 o/o
Desconocido	5	9.4 o/o
TOTAL	53	

GRAFICO Y TABLA No. 4
EDAD GESTACIONAL



EDAD GESTACIONAL SEMANAS		No. CASOS	PORCENTAJE
Menos	27	4	7.5 o/o
	28 - 37	25	47.1 o/o
	38 - 42	21	39.6 o/o
Más	42	1	1.8 o/o
Desconocido		2	3.7 o/o

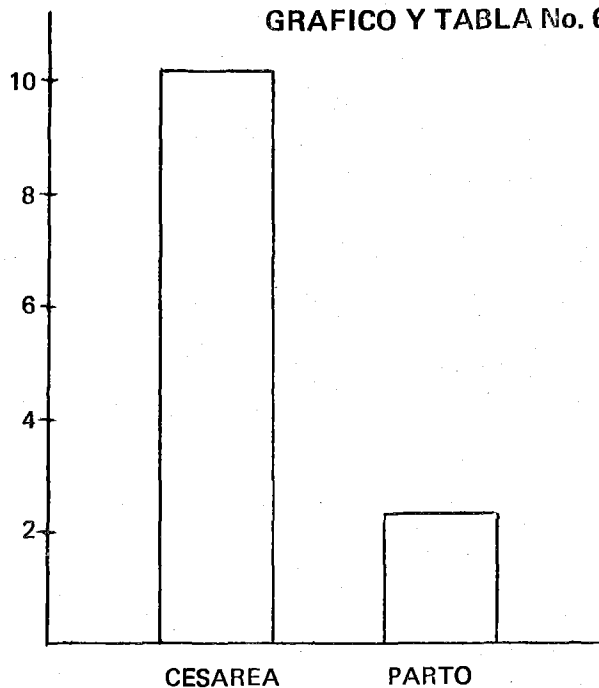
GRAFICO Y TABLA No. 5
TERMINACION DEL EMBARAZO



TERMINACION DEL EMBARAZO	No. CASOS	PORCENTAJE
Cesárea	44	8.3 o/o
Parto	7	1.3 o/o
Forceps	1	1.8 o/o
Ningún Procedimiento	1	1.8 o/o

MORTALIDAD MATERNA

GRAFICO Y TABLA No. 6



MORTALIDAD MATERNA	No. CASOS	PORCENTAJE
CESAREA	11	20.75 o/o
PARTO	3	5.66 o/o
TOTAL	14	26.41 o/o

tres fallecieron. Tomando en cuenta la terminación del embarazo 11 de las fallecidas fueron intervenidas de cesárea todas bajo anestesia general y 3, tuvieron parto normal. Tabla y gráfico 6.

X. PRESION ARTERIAL

Los datos concernientes a tensión arterial de las eclámpticas estudiadas, mantienen un promedio de 160 mm de Hg. para la sistólica y 112 mm de Hg. para la diastólica; cabe anotar que no disponemos de cifras de tensión arterial previas al embarazo y no conocemos si existió como factor predisponente elevación en las cifras de tensión arterial.

La cifra mayor encontrada entre las pacientes fue de 240/130 mm Hg. y la menor de 140/90 mm Hg.

XI. HOSPITALIZACION

Las pacientes que sobrevivieron gracias a la ayuda médica permanecieron hospitalizadas un promedio de 9 días, de entre ellas las realizadas cesárea un promedio de 10 días mientras las que tuvieron parto normal permanecieron hospitalizadas 8 días de promedio.

El fallecimiento de las pacientes a causa de esta patología se produjo entre el primero y segundo día de su hospitalización.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El índice de eclampsia en nuestro medio es 1.95 por mil, que es alto si se compara con países desarrollados como los Estados Unidos o México.
2. La norma de tratamiento seguida en la Institución, donde se realizó el estudio es la terminación del embarazo, mediante la operación cesárea, casi inmediatamente de instaurado el tratamiento clínico, es decir sedación a la paciente y mejorar el estado general; esto porque la interrupción del embarazo produce una mejoría marcada en la paciente, y segundo porque el niño se halla en mejores condiciones en el ambiente externo que dentro de la madre aún

considerando su prematuridad.

3. El índice de mortalidad fetal es muy alto, esto es explicable, porque los embarazos de las pacientes eclámpticas están asociados con prematuridad el 47.1 o/o y por existir un alto índice de sufrimiento fetal tanto agudo como crónico.
4. El control prenatal de las pacientes eclámpticas es insuficiente o en algunos casos inexistente, en el presente estudio no han recibido atención ni una sola vez el 58.4 o/o, han recibido atención una vez el 41.4 o/o. Sabiendo que la prevención del estado eclámptico es el establecimiento oportuno del tratamiento clínico o inclusive, la terminación de la gestación en los casos rebeldes de tratamiento, pero esto partiendo de un chequeo prenatal eficiente.
5. El 92.4 o/o de las pacientes ingresaron en estado de inconsciencia, acompañándose algunos casos de descerebración.
6. La mortalidad materna se presentó en el 26.4 o/o de las pacientes eclámpticas.
7. El cuadro convulsivo se instaló posterior a la admisión en la maternidad en el 7.5 o/o.

RECOMENDACIONES.—

El índice de eclampsia en nuestro medio es alto en comparación con otros países. Se sabe que la enfermedad es relativamente prevenible, creemos necesario que se debe hacer conocer y motivar a los Poderes Públicos para que se hagan campañas para que la paciente embarazada sepa los beneficios de control prenatal, y aumentar unidades operativas para que éste se lleve a cabo en forma regular, preferencialmente a partir de las 24 semanas; dotar a los hospitales de las facilidades para que lleven a cabo primero una prevención del estado eclámptico y luego el tratamiento eficaz del mismo; ya que la Institución donde se realizó el estudio carece de una infraestructura adecuada al no disponer de una unidad de cuidados intensivos, gabinetes de rayos X, laboratorio clínico y aún medicamento acorde con la gravedad del cuadro clínico.

Deben crearse centros hospitalarios especializados donde se realice únicamente la atención de pacientes con problemas obstétricos y ginecológicos, ya que los existentes al momento son totalmente insuficientes para dar correcta atención a la demanda actual, pues estos hospitales trabajan más del 100 o/o de su capacidad, esto hace que la atención que prestan no sea lo eficaz como se desearía; la consecuencia es que intrahospitalariamente se haya producido el 7.5 o/o de la patología, toda vez que se sabe que en la MATERNIDAD ISIDRO AYORA, desde el punto de vista profesional se trabaja en forma eficaz, ya que la institución cuenta permanentemente con Médicos supervisores, especialistas en Ginecología y Obstetricia.

BIBLIOGRAFIA

1. LUDMIR A.: Avances en la Prevención de la Eclampsia en el H.C.S.N.I. "SAN BARTOLOME". Memorias del VII Congreso Latino Americano y V Ecuatoriano de Gin. y Obstetricia. III Tomo 1973.
2. SCHWAREZ R.: SALA S.; DUVERGES C.: Obstetricia, tercera Ed., p. 375, Editorial El Ateneo. Argentina 1973.
3. WILLIAMS.: Obstetricia, Segunda reimpresión. Salvat Editores. México. 1975.
4. VALVERDE C.; GOMEZ G.; JARAMILLO G.; BELTRAN G.; Estudio descriptivo de Eclampsia y Estado Socioeconómico en pacientes del I.C.S.S. Seccional de Antioquia 1974. Escuela Nacional de Salud. MEDELLIN-COLOMBIA.
5. BENZON R.: Diagnóstico y tratamiento Ginecológicos.— Editorial el Manual Moderno S.A. México 1979.
6. CRIADO N., R.E. "Patología de la Hipertensión en la Pre-eclampsia". REVISTA CLINICA ESPAÑOLA. (Madrid) 1 127 (4): 92-98. Nov. 1972.
7. NEUTRA, RAYMONS. Toxemia como trastreadora del sistema de atención materno infantil en la ciudad de Cali. Acta Médica del Valle.(Cali) 4 (3): 70-74. 1973.
8. Eclampsia a fines del siglo pasado. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología (Bogotá) 20 (1): 19-24 enero-febrero 1969.
9. Mortalidad materna en el Instituto Infantil de Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Bogotá) 25 (2): 127-147 Marzo-Abril 1974.
10. Incidencia de eclampsia en el hospital de la New Grande OPI Company de San Tome —Estado de Anzoátegui, durante sus 10 primeros años de funcionamiento. Rev. Venezolana de Salud y Asistencia social (Caracas) 26 (4): 792-793 Dic. 1961.

* Espe. Gin. y Obst. Médico Tratante. HOSPITAL ENRIQUE GARCES.

** Espec. Gin. y Obst. Médico Tratante de la MATERNIDAD ISIDRO AYORA.

**TUBERCULOSIS PULMONAR. REVISION DE OCHO AÑOS DEL DISPENSARIO
DE EX-LEA No. 2, ADSCRITO AL HOSPITAL "EUGENIO ESPEJO"
(1974 - 1981)**

Dr. Wilson Peñafiel R.*
Dr. Miguel Angel Coloma**

I.— INTRODUCCION

La Tuberculosis Pulmonar en nuestro país, sigue siendo un grave problema de salud pública. En los últimos cuatro años, se ha observado un aumento creciente del número de tuberculosis por año (Gráfico No. 1) y por consiguiente un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad (Gráfico No. 2). Por otra parte, se ha establecido que las edades susceptibles para la Tuberculosis Pulmonar han sido las comprendidas entre las dos primeras décadas de la vida, pero en los últimos años se ha observado un aumento importante de casos en pacientes entre los 45 y 55 años (Gráfico No. 3)

El presente trabajo, es una revisión de 1.003 casos de Tuberculosis que fueron atendidos en el ex-Dispensario de LEA No 2, hoy ya desaparecido. El objetivo fundamental es hacer conocer la grave problemática que existe en el control, prevención y tratamiento del paciente tuberculoso, muy en especial en los últimos tres años, a raíz de

la desaparición del Dispensario. Asimismo, queremos poner énfasis en que ya es hora de que se ponga en práctica en nuestro medio los esquemas acortados de tratamiento, pues como observamos a lo largo del trabajo, el índice de abandonos es alto y el índice de curación es bajo, debido precisamente a que los esquemas convencionales tienen una duración promedio de 18-24 meses.

II.— MATERIAL Y METODOS

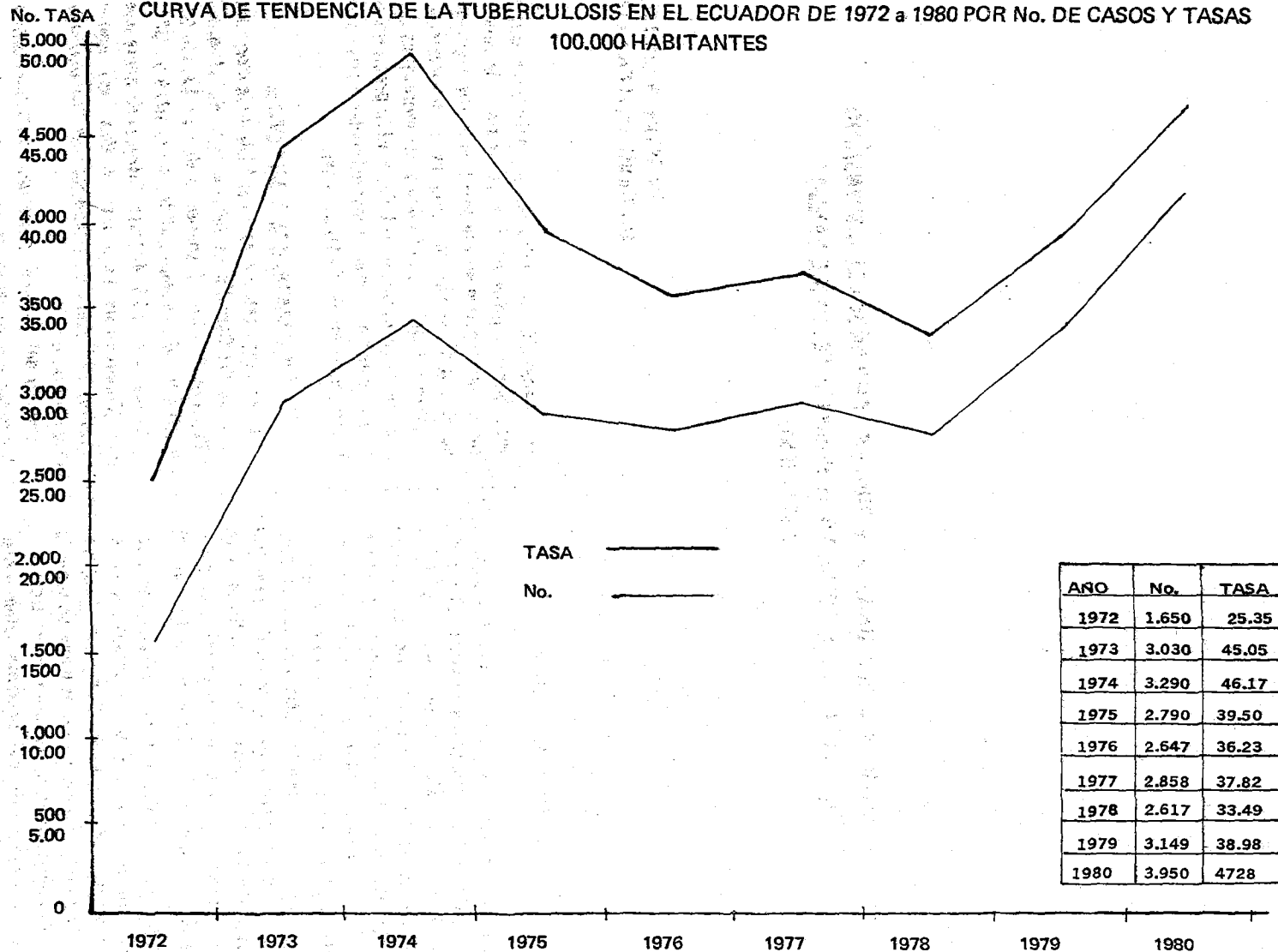
El presente estudio es un análisis de la Consulta Externa del Servicio de Neumología del Hospital "Eugenio Espejo" (Dispensario de ex-LEA No 2), durante los años comprendidos entre 1974 y 1981.

Se revisaron 826 Historias Clínicas de pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa, así como también 177 casos de pacientes con Tuberculosis Extrapulmonar.

Dentro del grupo de pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa, se establecen los siguientes parámetros: a) Pacientes Curados; b) Pacientes Reacti-

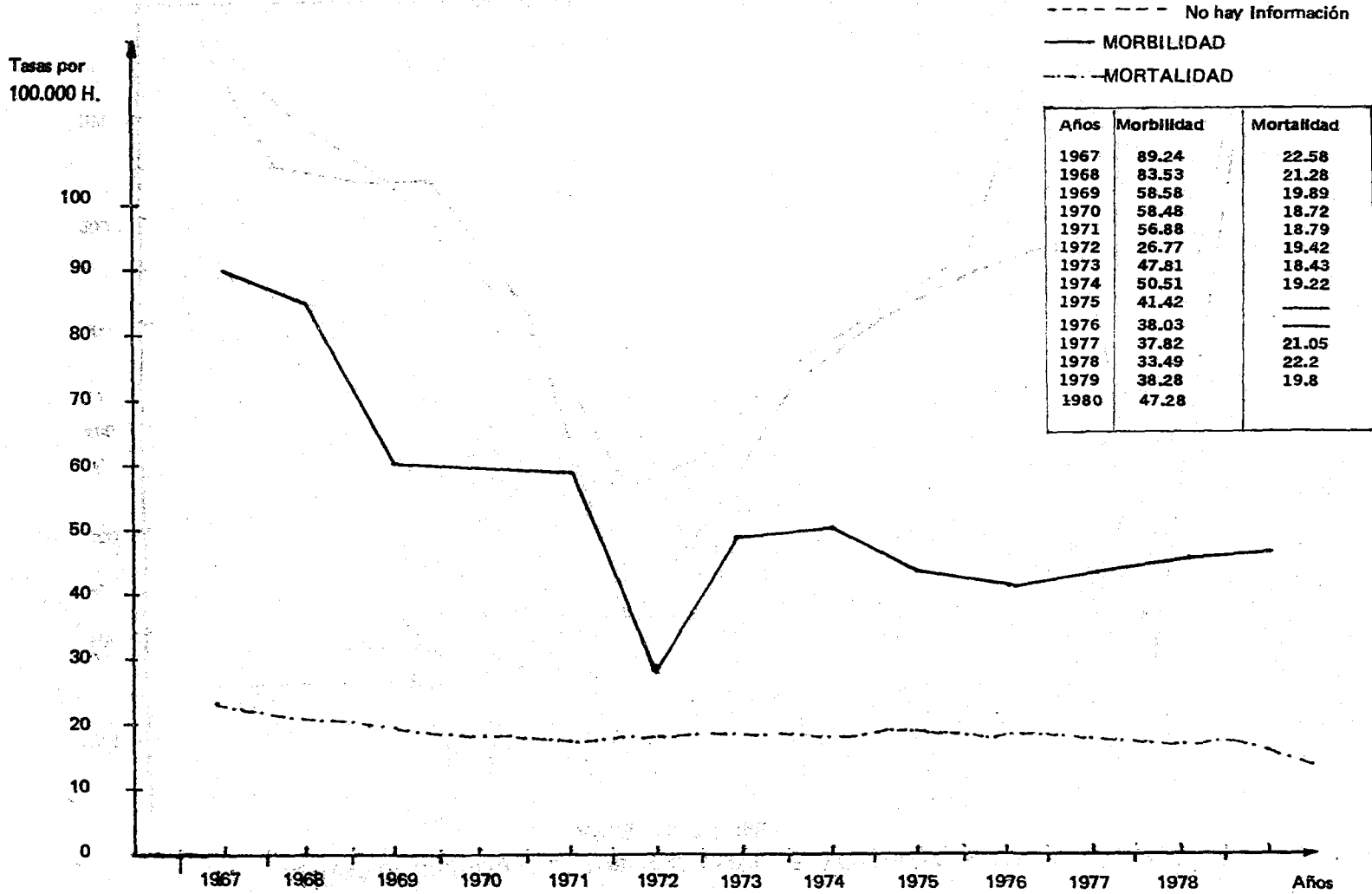
GRAFICO No. 1

CURVA DE TENDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN EL ECUADOR DE 1972 a 1980 POR No. DE CASOS Y TASAS
100.000 HABITANTES



(FUENTE) División Nacional de Estadística de Salud M.S.P.

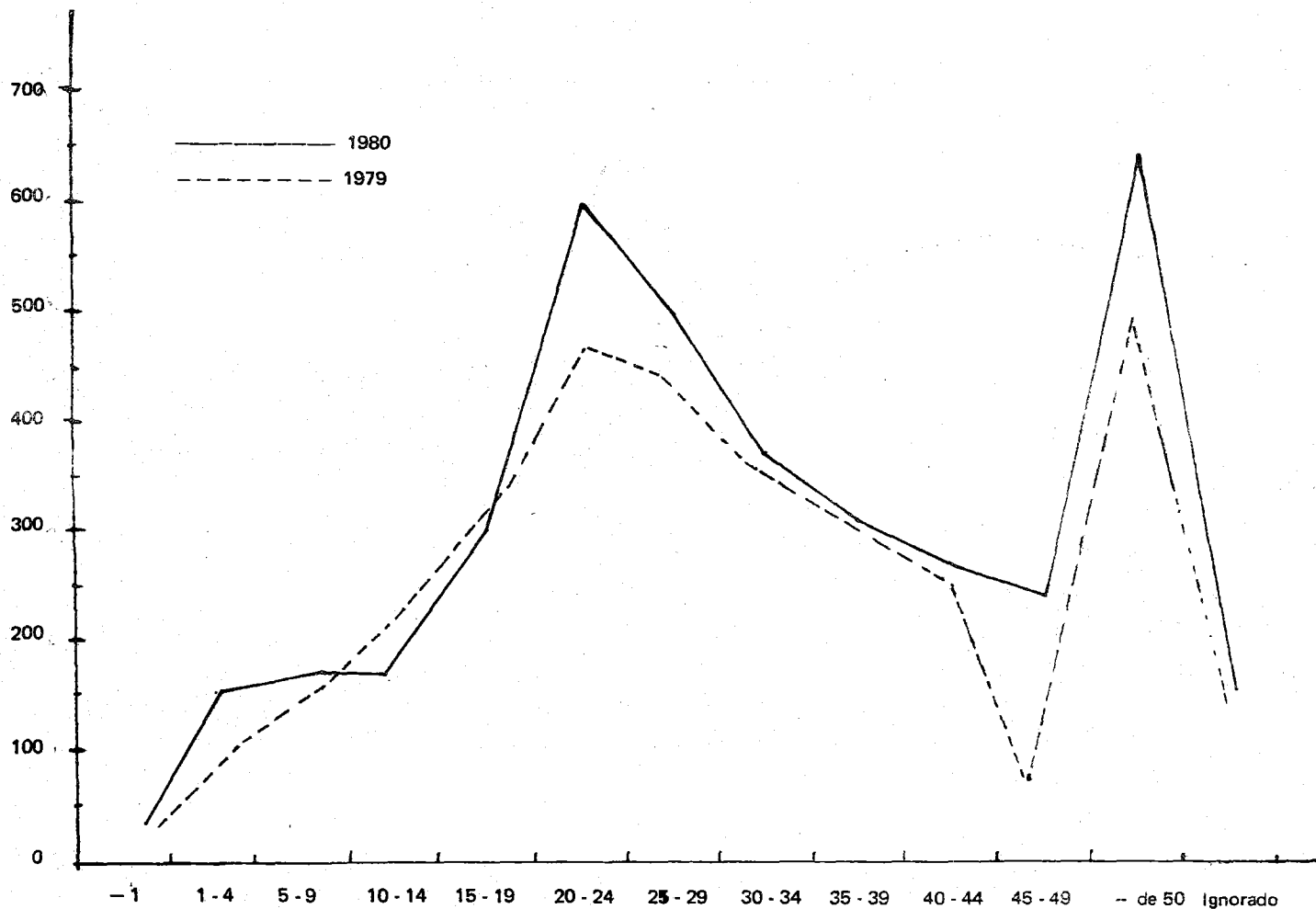
GRAFICO No. 2
TUBERCULOSIS PULMONAR DE 1967 A 1978 TASAS POR 100.000 HABITANTES - ECUADOR



(FUENTE) Departamento Nacional de control de la Tuberculosis .

GRAFICO No. 3

CURVAS DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN EL ECUADOR POR GRUPOS DE EDAD
AÑOS: 1979 - 1980



(FUENTE) : División Nacional de Estadísticas de Salud M. S. P.

vados; c) Pacientes Cronificados; d) Complejos Primarios; e) Pacientes con Tuberculosis Pulmonar muy avanzada; f) Pacientes que abandonaron el tratamiento y g) Pacientes fallecidos.

Dentro de cada subgrupo, se establecen curvas de frecuencia anual, así como también Tablas comparativas entre los siguientes parámetros: a) Pacientes activos y curados; b) Pacientes activos y reactivos; c) Pacientes activos y cronificados; d) Pacientes activos y avanzados; e) Pacientes activos y complejos primarios; f) Pacientes activos y que abandonaron el tratamiento.

Se establece la procedencia urbana y rural de los pacientes, expresadas en cifras porcentuales.

Finalmente, se estudian 177 casos de Tuberculosis Extrapulmonar, mediante Tabla y Curva de frecuencia anual, de los diferentes tipos encontrados.

III.— RESULTADOS

El Cuadro No 1, establece una visión panorámica de los 1.003 pacientes estudiados en los 8 años: 1974-1981.

Es necesario precisar algunos conceptos referentes a la nomenclatura utilizada en la Tuberculosis Pulmonar:

Tuberculosis Pulmonar Activa.— Se refiere al paciente sintomático, cuyo cuadro clínico puede describirse de la siguiente manera: dolor torácico, tos productiva muco-purulenta, hemoptisis, mal estado general; además el paciente presenta baciloscopia positiva, PPD positiva y lesiones radiológicas evidentes.

Complejo Primario.— Se refiere a la primoinfección tuberculosa complicada, con paciente sintomático, con PPD positivo y lesiones pulmonares compatibles. Se presenta generalmente en edades tempranas.

Tuberculosis Pulmonar Reactivada.— Si el paciente una vez diagnosticado e iniciado el tratamiento

específico, mantiene una evolución clínica, bacteriológica y radiológica satisfactorias y de pronto reaparecen los síntomas, los signos radiológicos, el esputo se vuelve positivo, es lo que constituye una Tuberculosis Pulmonar Reactivada. Generalmente obedece a suspensión o irregularidad en el tratamiento o a sobreinfección (gérmenes oportunistas y hongos)

Tuberculosis Pulmonar Cronificada.— Se denomina así, cuando el paciente se mantiene sintomático debido a resistencia probada del bacilo de Koch a las drogas de primera línea y se hace necesario cambiar a drogas antituberculosas de segunda línea o de relevo.

Tuberculosis Pulmonar Avanzada.— Generalmente corresponde a pacientes con Tuberculosis Pulmonar antigua, que presentan lesiones radiológicas que ocupan más de los 2/3 de un pulmón o su equivalente en ambos, con cavidades únicas o múltiples y extensas zonas de fibrosis y enfisema pulmonar.

Abandonos.— Se considera abandono, cuando el paciente ha dejado de tomar la medicación antituberculosa por más de 60 días.

Del estudio de las diferentes Tablas y Curvas, se establecen los siguientes resultados:

1. El número de pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa, se mantiene en una curva estable que no justifica el optimismo con que se inició el cambio del sistema a partir de 1973 (Integración de los Servicios de LEA al Ministerio de Salud) y peor aún en los últimos dos años, a raíz de la virtual desaparición del ex-Dispensario de LEA No 2 (Cuadro No 2).
2. El número de Complejos Primarios, evidencia un aumento progresivo hasta 1977, a partir del cual disminuye, para tener un nuevo repunte en 1980. Del número total de activos, corresponde un 10.6 o/o (Cuadro No 3).
3. El número de pacientes reactivados, realmente es mínimo: 25 en total que da un valor porcentual

global del 2.4 o/o. Se considera obedece a las siguientes causas: a) Tratamiento supervisado; b) Tratamiento conservador; c) Mejor control de pacientes de la zona urbana.

Sin embargo, se comienza ya a observar un aumento importante en los años 1980 y 1981, por causas que se expondrán más adelante. (Cuadro No 4).

4. El número de pacientes cronificados, es decir, aquellos que necesitaron de esquema terapéutico, aumenta significativamente hasta el año 1977 para luego descender hasta 1981. Creemos es debido al mejor control de pacientes de la zona urbana que aumentaron procedentes de la zona rural. El porcentaje global en relación al total de activos, es de 8.4 o/o (Cuadro No 5).

5. El 54 o/o del total de pacientes activos, presentan Tuberculosis Avanzada, es decir, cavitarios con extensas zonas de fibrosis pulmonar, lo cual, significa necesariamente diagnóstico tardío. (Cuadro No 6).

6. Los pacientes que abandonaron el tratamiento presentan una curva ascendente hasta 1977 y luego descendiende, para tener un nuevo repunte en 1981. El valor promedio en los 8 años de estudio de 32.7 o/o de pacientes que abandonaron el tratamiento, es muy alto y se considera como una de las causas, el tratamiento largo de un año y medio o más de acuerdo con los esquemas convencionales. (Cuadro No. 7).

7. Se establece en forma aproximada, el porcentaje anual de pacientes que curaron de su Tuberculosis Pulmonar, observándose una cifra media porcentual muy baja: apenas el 44,7 o/o. (Cuadro No 8). Esto necesariamente está en relación al número elevado de pacientes con diagnóstico tardío y al también elevado número de pacientes que abandonan el tratamiento.

8. A nivel de Consulta Externa, es muy difícil establecer con exactitud el número de pacientes que fallecen por Tuberculosis, citándose tan solo quince casos, que no establece el verdadero índice de mortalidad.

9. En lo referente a la Tuberculosis Extrapulmonar, la Tuberculosis Renal, la Ganglionar, la Meningítica y la Osteoarticular, ocupan los primeros lugares. (Cuadro No 9).

IV.— DISCUSION

Estas cifras estadísticas obtenidas de lo que fué el Dispensario de LEA No 2, hablan por sí solas de la gravedad que significa la Tuberculosis dentro del contexto de la salud pública y solo constituye una muestra de lo que ocurre en todo el país. Se observa como algunos índices han ido progresivamente aumentando (complejos primarios, pacientes con tuberculosis pulmonar avanzada, abandonos) muy especialmente en los últimos dos años. Nos preguntamos será que la Tuberculosis en el país es un problema ya resuelto como para entender que desaparezcan los Dispensarios que durante años han mantenido un buen servicio en favor del paciente tuberculoso no solo de la provincia, sino de las provincias vecinas? La política equivocada ha sido el pensar que el paciente tuberculoso, especialmente del área rural, debe únicamente ser atendido en el lugar donde vive o trabaja; que no se necesita personal especializado para el diagnóstico y tratamiento; que inclusive en un Puesto de Salud, la auxiliar de enfermera o cualquier empírico está en condiciones de llevar un adecuado control al tuberculoso. Se ha tratado de sustituir a la radiografía standar de tórax por la baciloscopia como único elemento de diagnóstico, cuando sabemos muy bien que el lesiones diseminadas como la Tuberculosis Miliar o en lesiones pulmonares cerradas, la baciloscopia es negativa y es la radiografía de tórax y el PPD los que dan la clave del diagnóstico.

Los hechos y las cifras estadísticas demuestran que el problema se agrava día a día. Anteriormente observábamos que el paciente que llegaba al Dispensario era atendido en el momento que solicitaba la consulta, especialmente si procedía del área rural, puesto que se laboraba 8 horas diarias; mientras el señor Interno realizaba la Historia Clínica, se solicitaba ya la radiografía standar de tórax y la primera baciloscopia, exámenes que se realizaban minutos más tarde porque el Dispensario contaba con Servicios de Rx y Laboratorio, de tal manera

CUADRO No. 1

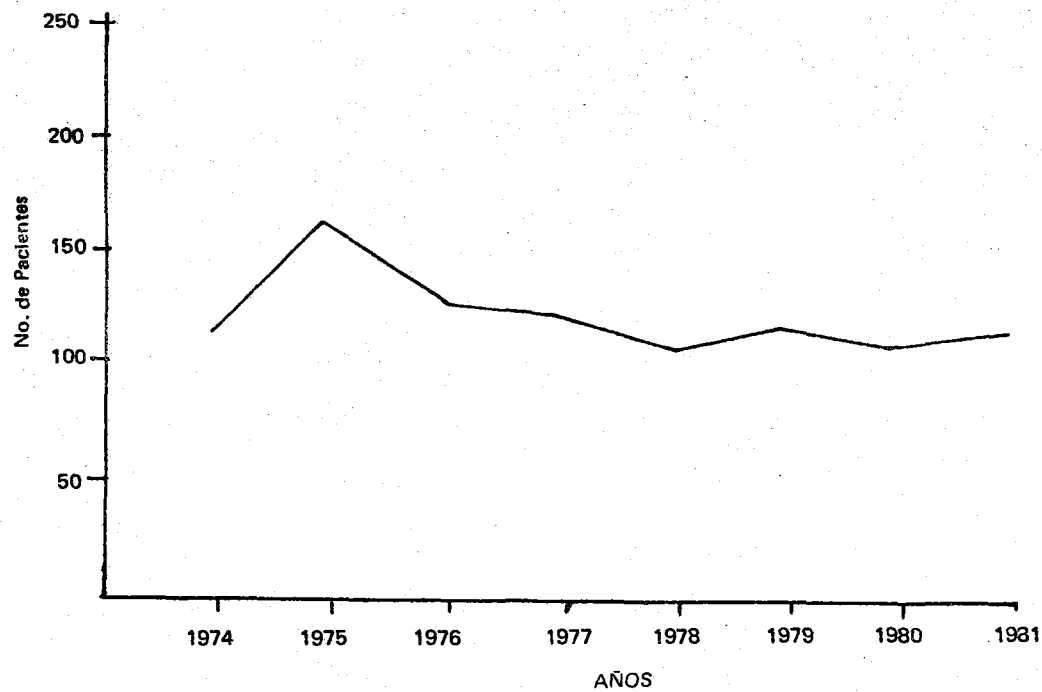
**HOSPITAL EUGENIO ESPEJO ' SERVICIO DE NEUMOLOGIA TUBERCULOSIS PULMONAR
1974 - 1981**

T I P O	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	TOTAL
CASOS ACTIVOS	127	161	138	130	104	128	102	113	1003
COMPLEJOS PRIMARIOS	6	18	18	20	9	11	17	8	107
CASOS REACTIVADOS	2	3	3	2	1	1	6	7	25
casos cronificados	5	6	16	19	15	13	9	2	85
CASOS AVANZADOS	77	97	78	64	61	48	47	70	542
AVANDONOS	43	31	49	62	38	33	23	29	328
EXTRAPULMONARES	5	16	18	40	22	31	27	18	177
CURADOS	55	44	72	70	60	62	42	44	449
FALLECIDOS	2	5	3	2	1	1	1	0	15
RECIDENCIA									
URB.	30 o/o	27 o/o	24 o/o	31 o/o	40 o/o	45 o/o	48 o/o	50 O/O	50 o/o
RUR.	70 o/o	73 o/o	76 o/o	69 o/o	60 o/o	55 o/o	52 o/o	50 o/o	50 o/o

CUADRO No. 2

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO .- SERVICIO DE NEUMOLOGIA TUBERCULOSIS PULMONAR 1974 - 1981

CASOS ACTIVOS

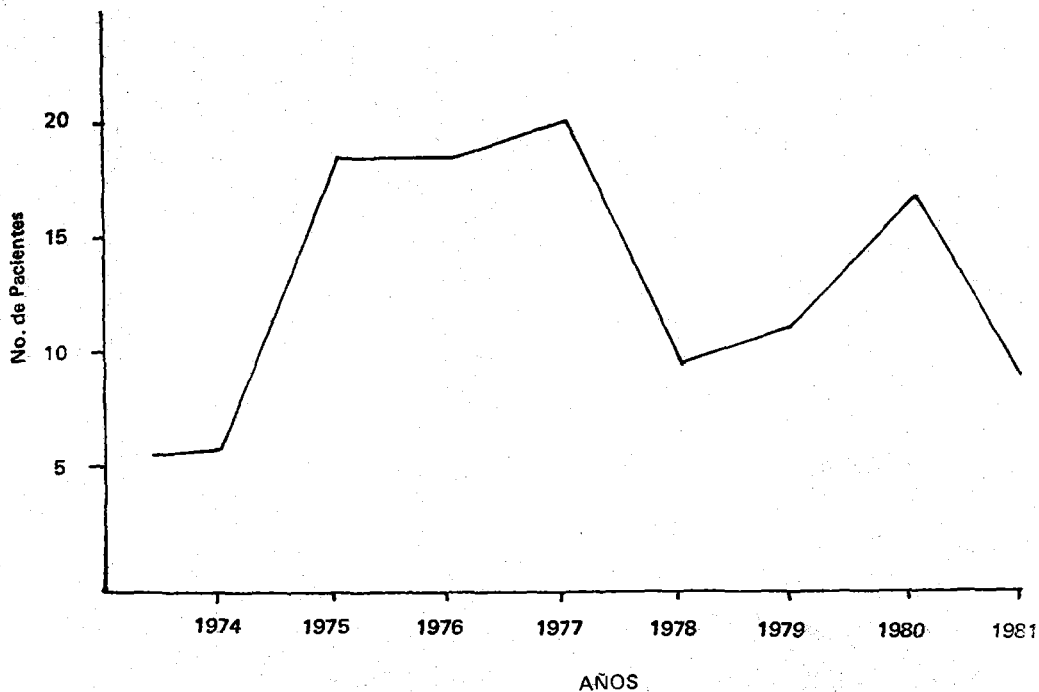


AÑO	No. DE CASOS
1974	127
1975	161
1976	138
1977	130
1978	104
1979	128
1980	102
1981	113
TOTAL	1.003

CUADRO No. 3

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO .- SERVICIO DE NEUMOLOGIA TUBERCULOSIS PULMONAR 1974 - 1981

COMPLEJOS PRIMARIOS



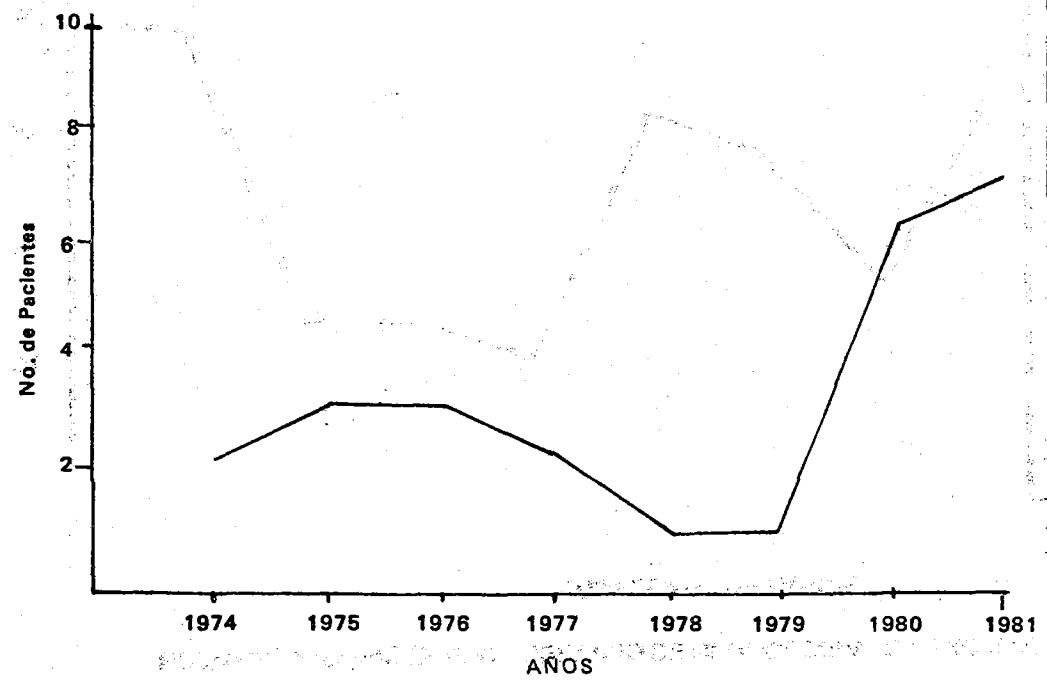
Año	Activos	Com. Primar.	o/o
1974	127	6	4.7
1975	161	18	11.1
1976	138	18	13.0
1977	130	20	15.3
1978	104	9	8.6
1979	128	11	8.5
1980	102	17	16.6
1981	113	8	7.0
	1.003	107	10.6

CUADRO NO. 4

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO .- SERVICIO DE NEUMOLGIA TUBERCULOSIS PULMONAR

1974 - 1981

CASOS REACTIVADOS



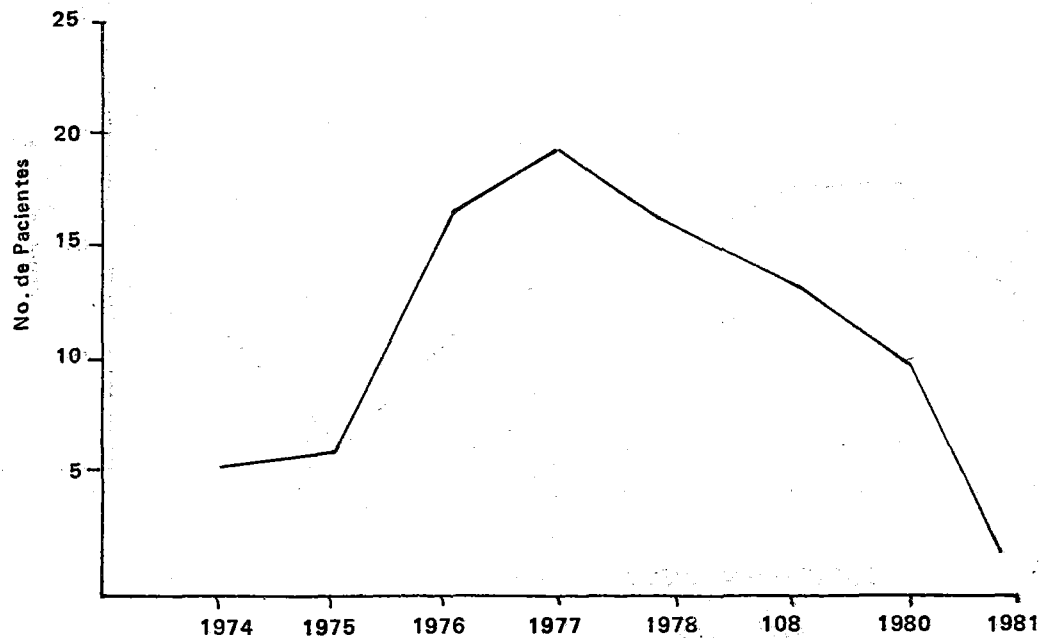
Año	Activos	Reactivados	o/o
1974	127	2	1.5
1975	161	3	1.8
1976	138	3	2.1
1977	130	2	1.5
1978	104	1	0.9
1979	128	1	1.7
1980	102	6	5.8
1981	113	7	6.1
	1.003	25	2.4

CUADRO No. 5

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.- SERVICIO DE NEUMOLOGIA TUBERCULOSIS PULMONAR:

1974 - 1981

CASOS CRONIFICADOS



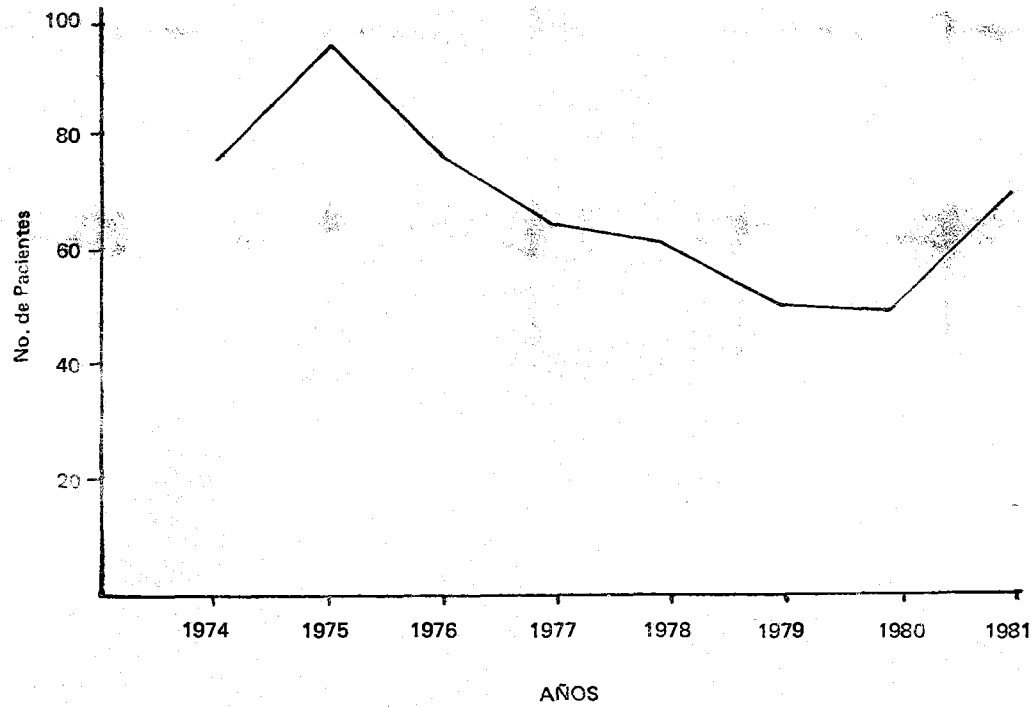
Año	Activos	Cronificados	o/o
1974	127	5	3.9
1975	161	6	3.7
1976	138	16	11.5
1977	130	19	14.6
1978	104	15	14.4
1979	128	13	10.1
1980	102	9	8.8
1981	113	2	1.7
	1,003	85	8.4

CUADRO No. 6

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.-SERVICIO DE NEUMCLOGIA TUBERCULOSIS PULMONAR

1974 - 1981

CASOS AVANZADOS



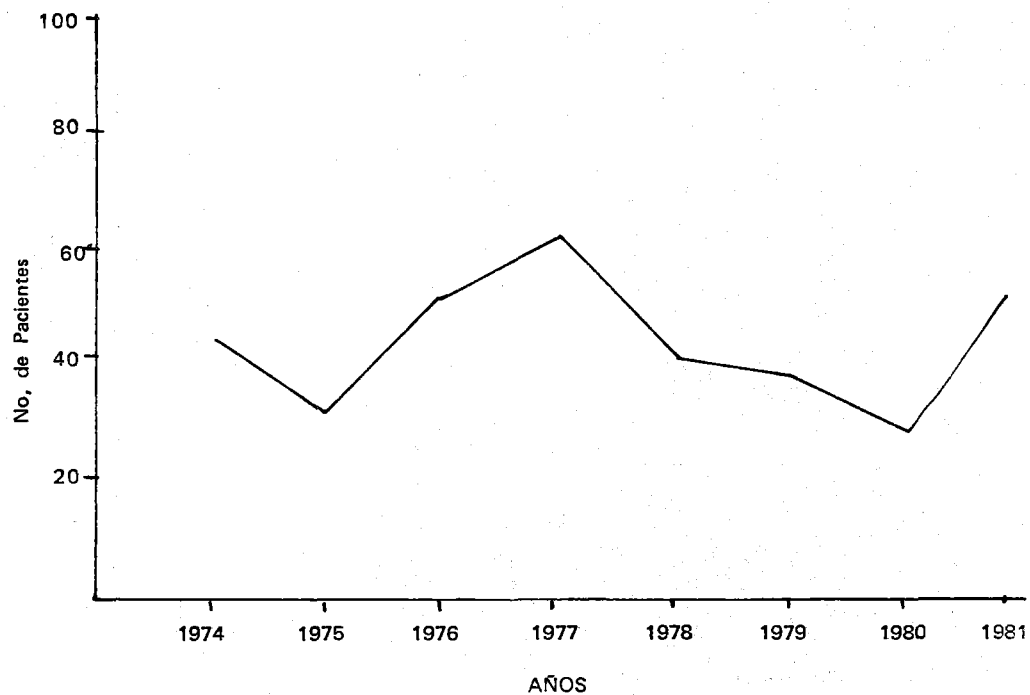
Años	Activos	Avanzados	o/o
1974	127	77	60.6
1975	161	97	60.2
1976	138	78	56.5
1977	130	64	49.2
1978	104	61	58.6
1979	128	48	37.5
1980	102	47	46.0
1981	113	70	61.9
	1.003	542	54.0

CUADRO No. 7

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO .-SERVICIO DE NEUMOLOGIA TUBERCULOSIS PULMONAR

1974 - 1981

ABANDONARON TRATAMIENTO



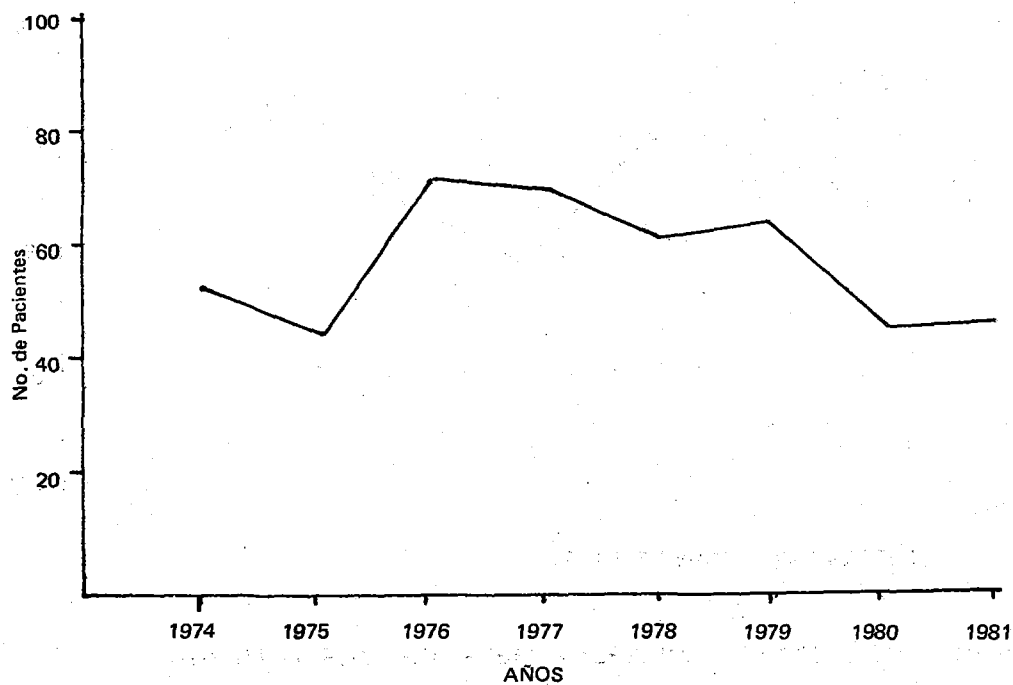
Año	Activos	Abandonos	o/o
1974	127	43	33.8
1975	161	31	19.2
1976	138	49	35.5
1977	130	62	47.6
1978	104	38	36.5
1979	128	33	25.7
1980	102	23	22.5
1981	113	49	43.3
	1.003	328	32.7

CUADRO No. 8

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO - SERVICIO DE NEUMOLOGIA

TUBERCULOSIS PULMONAR: 1974 - 1981

PACIENTES CURADOS



Año	Activos	Curados	o/o
1974	127	55	43.3
1975	161	44	27.3
1976	138	72	52.1
1977	130	70	53.8
1978	104	60	57.6
1979	128	62	48.4
1980	102	42	41.1
1981	113	44	38.9
	1.003	449	44.7

CUADRO No. 9

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO - SERVICIO DE NEUMOLOGIA

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

1974 - 1981

ENTIDADES	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	TOTAL
RENAL	1	1	4	13	7	8	6	6	46
GANGLIONAR	4	8	4	6	5	5	6	7	45
MENINGITIS	0	4	5	4	4	6	0	0	23
OSTEO-ARTICULAR	0	1	1	4	2	4	6	4	22
PERITONEAL	0	0	2	2	4	1	5	3	17
GENITAL	0	0	1	3	2	2	6	1	15
PIEL	0	0	1	2	0	0	0	0	3
MAMA	0	0	0	2	0	1	0	0	3
INTESTINAL	0	0	0	2	1	0	0	0	3
	5	16	18	40	22	31	27	18	177

que en la mayoría de veces, el diagnóstico se establecía inmediatamente. Se iniciaba desde ese momento el tratamiento y simultáneamente la Trabajadora Social iniciaba la educación del paciente tuberculoso.

Actualmente, la situación es totalmente distinta: existe solo una Consulta Externa con atención limitada de pacientes; los exámenes de laboratorio tardan mucho en realizarse o tiene que regresar muchas veces el paciente para conseguirlos; el tratamiento dejó de ser supervisado, que como se ha demostrado, constituye el factor básico para evitar la reactivación o cronificación del padecimiento.

En resumen, la situación es grave y esperamos que este pequeño trabajo constituya una llamada de atención a las autoridades bajo cuya responsabilidad está el cuidado y manejo del paciente tuberculoso.

V.- CONCLUSIONES RECOMENDACIONES

1. En la actual Consulta Externa de Neumología del Hospital "Eugenio Espejo", se atienden un promedio de 125 nuevos tuberculosos por año, lo que significa aproximadamente 10 pacientes por mes.

2. Los tisiólogos y epidemiólogos han establecido que el número de complejos primarios, el número de casos avanzados y el número de meningitis tuberculosa, son fieles indicadores de la Tuberculosis en una área determinada. En nuestro medio, observamos justamente un aumento creciente de estos índices, lo que significa que esta enfermedad se mantiene como uno de los problemas más serios de Salud Pública.

VI.- BIBLIOGRAFIA

1. G. J. BAURKE y J. MCGILVRAY: *Interpretación y utilización de la Estadística Médica*. Editorial Espaxs, Barcelona, 1978.
2. HATEM CHARLES J.: *Transmisión y Patogenia de la Tuberculosis*. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1973.
3. HINSHAW CORWIN: *Patogenia de la Tuberculosis*. *Enfermedades del tórax*. Tercera Edición, Capítulo 26, Pag. 481.

3. Llama poderosamente la atención el porcentaje muy bajo de pacientes dados de alta por curación (promedio: 44.7 o/o). En esto incide definitivamente dos factores: a) Alto índice de abandonos (32,7 o/o) debido fundamentalmente a los tratamientos largos y b) Alto índice de pacientes con Tuberculosis Avanzada (54 o/o), debido a diagnóstico tardío. Se hace entonces indispensable la instalación de tratamientos acortados que de acuerdo a esquemas establecidos, se los realiza entre 6 y 9 meses, mediante uso de drogas bactericidas.

4. En el presente estudio, se observa un reducido porcentaje de pacientes con reactivación (2.4o/o) y de cronificación (8.4o/o) del proceso tuberculoso, que lamentablemente tiende a aumentar en los últimos dos años. La explicación para esto, es el tratamiento supervisado que se lo ha llevado en la mejor forma cuando existía el Dispensario y que actualmente se lo ha dejado de realizar.

5. Entre la patología tuberculosa extrapulmonar, ocupan los primeros lugares, la renal, la ganglionar, la meningítica y la osteoarticular, que son manejados en la mayor parte de ellos por los especialistas, con tratamientos de mayor duración.

6. Finalmente, diremos que se hace necesario e indispensable que el Hospital "Eugenio Espejo" cuente con un verdadero Servicio de Neumología, integrado en la parte clínica, la Consulta Externa con una Sala de Hospitalización y en la parte quirúrgica, con el Servicio de Cirugía Cardio-torácica. El paciente debe ser valorado y atendido con unidad de criterio y con personal con experiencia en la especialidad.

4. ROBBINS STANLEY L.: *Tuberculosis Pulmonar*. *Patología Estructural y Funcional*. Cap. 19, Pag. 793. Editorial Interamericana, 1975.

* Médico Internista, Profesor Agregado de la Cátedra de Neumología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central.

** Médico del Servicio de Neumología, Hospital "Eugenio Espejo". Profesor de Senilología de la Facultad de Ciencias Médicas.

CIMETIDINE EN ULCERA DUODENAL

* Dr. Gonzalo Puga
Dr. Tomás Calero
HOSPITAL GENERAL DE LAS
FUERZAS ARMADAS

INTRODUCCION

La cimetidina ampliamente conocida en la última década como inhibidor de la secreción gástrica actúa como antagonista específico de los receptores de histamina H² que son los responsables en último término de la transmisión de los estímulos vagales y hormonales para producir la secreción ácida péptica; ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de la úlcera gástrica y sobre todo duodenal.

El presente ensayo clínico se realizó para demostrar la seguridad y eficacia de la cimetidina en el tratamiento de la úlcera duodenal sin complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

En este ensayo se incluyeron 16 pacientes luego de una rigurosa selección con diagnóstico de

ulcus duodenal activo, clínica, endoscópica y radiológicamente demostrada, sin estenosis, penetración ni perforación, en todos los casos se tomó fotos de las lesiones y se realizaron acidimetrías confirmatorias. Se incluyeron pacientes sobre los 20 años excluyendo a aquellos que presentaban hemorragia gastroduodenal reciente o que su patología podrá requerir una cirugía inminente o intervenidos con sutura de su úlcera o que se presente asociada a otras entidades clínicas como síndrome de Zollinger Ellison, úlcera gástrica o con enfermedades cuyos síntomas dificultan la evolución de la úlcera duodenal o el valor terapéutico de la droga o pacientes con terapéutica concomitante ulcerogénica o que pueda afectar la evolución de la droga investigada o que han mantenido una terapia a largo plazo que pueda ser causa de úlcera así por ejemplo: corticoesteroides, el consumo de salicilatos no es razón de exclusión sino es de uso continuo. Patologías primarias como Ca gástrico, embarazada y lactante fueron

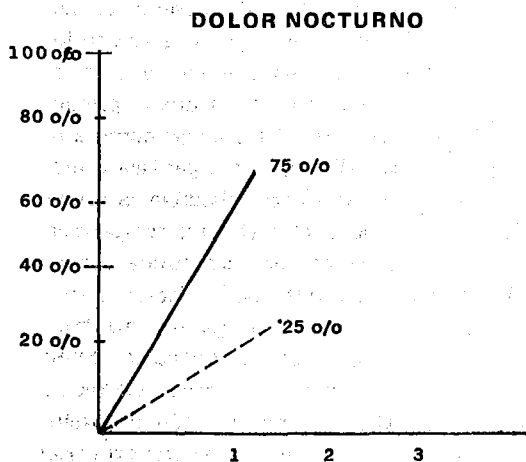
excluidas del ensayo, todos fueron tratados por 4 semanas hospitalizados y 2 en consulta externa; recibieron dieta blanda de ulceroso.

Se utilizó el método de selección doble ciego en 16 pacientes de los cuales 8 recibieron cimetidine y 8 placebo. La dosis oral de cimetidine fue de 200 mgr 3 veces al día y de 400 mgr al acostarse con un total de 1g. diario por 4 semanas y un período total de observación de 6 semanas. La única medicación adicional permitida fue un antiácido, el Gel hidróxido de aluminio y magnesio sobre todo en caso de dolor intenso y en forma poco frecuente sedante por insomnio.

La endoscopia se realizó antes de efectuar el estudio y en la segunda o sexta semana como control. Todos los pacientes se sometieron a exámenes de laboratorio estandarizados: Biometría hemática completa, química sanguínea elemental y microscópica de orina. Pruebas funcionales hepáticas (Bilirrubina, Fosfatasa alcalina, deshidrogenasa láctica, transaminasas Rx standar de torax, acidimetría gástrica antes y después del tratamiento.

RESULTADOS

De los 16 casos registrados 8 en cada grupo que recibieron cimetidine y placebo se analizaron estadísticamente.



Clínicamente fue notorio que en un 75 o/o del grupo que tomó cimetidine no tuvieron dolor nocturno en relación al 25 o/o del placebo en la primera semana.

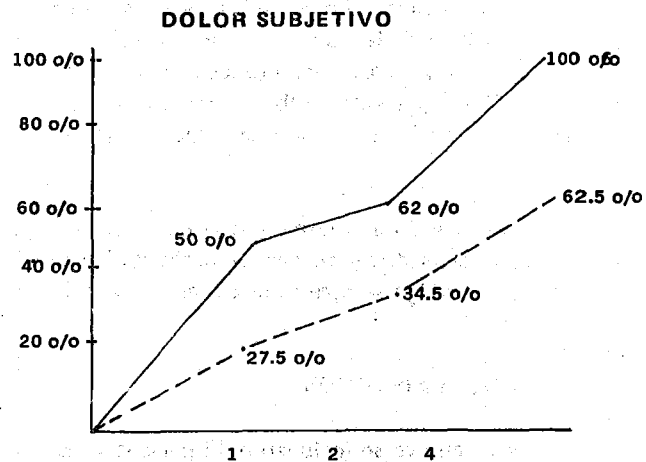
El dolor subjetivo desapareció en el 50 o/o de pacientes con cimetidine contra 27,5 o/o con placebo en la segunda semana, 62 o/o con cimetidine y 34,5 o/o con placebo en la tercera semana, 100 o/o con cimetidine y 62,5 o/o con placebo en la cuarta semana.

El dolor objetivo tuvo remisión notoria con cimetidine en 37,5 o/o contra 31 o/o de placebo en la primera semana, a 75 o/o con cimetidine y 25 o/o de placebo en la segunda semana, otros síntomas importantes acompañantes:

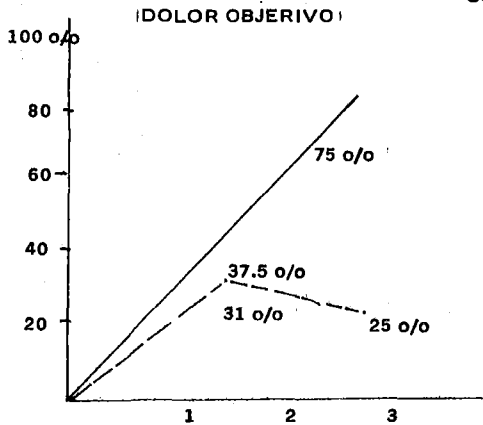
Nausea y vómito con cimetidine remitieron en un 75 o/o en tanto que con placebo lo hicieron 25 o/o. La pirosis remitió en un 50 o/o de pacientes con cimetidine y 31 o/o con placebo.

Endoscópicamente fue observada cicatrización de la úlcera interpretada como curación en la segunda semana en un 75 o/o con cimetidine en relación al 19 o/o de pacientes con placebo en la segunda semana.

Los antiácidos se utilizaron con 32,2 o/o de pacientes con cimetidine y 68,8 o/o en pacientes con placebo.



CURACION ENDOSCOPICA



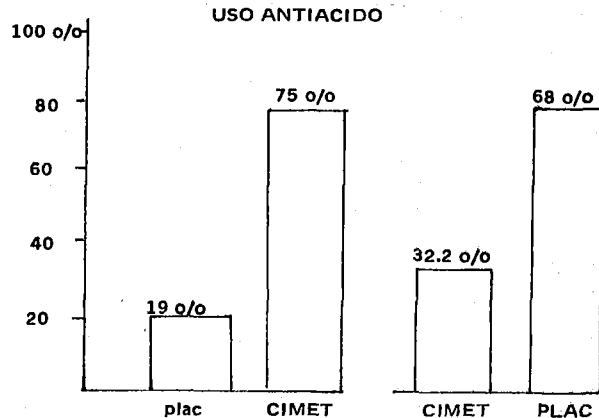
Ninguno de los pacientes con cimetidine presentaron efectos colaterales o indeseables. En los test hematológico, bioquímico y de uroanálisis un 32 o/o tuvieron anemia hasta 10 gr. de Hemoglobina y retención de azoados que mejoró con medicación específica sin ningún efecto secundario, no tuvimos ninguna alteración de las pruebas de función hepática.

DISCUSION

El ensayo se realizó en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar de Quito en hospitalizados y rigurosamente seleccionados lo que asegura la similitud entre los dos grupos de estudios; edad, sexo, historia familiar de enfermedad ulcerosa, procedencia, número de recidivas y duración de los síntomas en el presente episodio.

En sintomatología y signología el dolor nocturno desapareció en 75 o/o de pacientes con cimetidine y apenas 25 o/o de los que recibieron placebo en la primera semana a partir de la cual desaparecieron prontamente en la segunda semana en especial el grupo de cimetidine.

El dolor subjetivo remitió en el grupo de cimetidine en forma similar que el dolor objetivo, 62 o/o para la primera semana y 75 o/o para la segunda semana contra 27.5 y 25 o/o respectivamente con placebo. Igual comportamiento se ha apreciado con otros síntomas acompañantes importantes como la náusea y vómito que remitieron un 75 o/o con cimetidine contra 25 o/o



de placebo en tanto que la pirosis solo remitió en 50 o/o para cimetidine y 31 o/o para placebo. En la endoscopia con la cimetidine se observó cicatrización y por tanto curación de la lesión ulcerosa en la segunda semana en un número importante como es del 75 o/o en comparación de los que recibieron el placebo el 19 o/o. Los que recibieron antiácido en el grupo de cimetidine fue menor (32.2 o/o) que el 68.8 o/o del placebo que necesitó esta medicación para aliviar el dolor.

En los exámenes clínicos diarios de los pacientes no se observaron alteraciones de su estado fisiológico, ni se encontraron reacciones adversas, o efectos secundarios cuidadosamente investigados como ginecomastia. La acidimetría gástrica tanto lo basal como la estimulada con histología no tuvo variaciones importantes en los dos grupos de estudio.

En los exámenes de laboratorio debe mencionarse la ausencia de alteración de las pruebas funcionales hepáticas, en cambio en un 32 o/o se observó anemia y alteración de azoados que nos indicaría que estos pacientes presentaron un sangrado activo.

CONCLUSIONES

1. La sintomatología tanto el dolor nocturno como el dolor calificado como subjetivo y objetivo, remitieron en un porcentaje importante en

la primera y segunda semana en los pacientes que recibieron cimetidine en relación con los que recibieron placebo.

2. Los síntomas acompañantes que le dan la característica peculiar a la enfermedad ulcero péptica, remitieron en una cuantía igual al dolor con el grupo de la cimetidine.
3. El antiácido tuvo un consumo reducido en el grupo de la cimetidine.
4. La cicatrización de la úlcera desde la segunda semana se observó en un importante número en el grupo que tomó cimetidine.
5. No se encontraron alteraciones en el estado fisiológico general de los pacientes en estudio.
6. No se encontraron reacciones adversas o efectos secundarios en especial en el grupo que tomó cimetidine.
7. La acidez gástrica no tuvo variaciones importantes en los dos grupos de estudio.
8. En los exámenes de laboratorio no se apreciaron alteraciones de las pruebas de función hepática, en una tercera parte se observó anemia por sangrado digestivo concomitante.

BIBLIOGRAFIA

Blinder, H.J., Cocco, A., Crossley, R.J., Finkelshtein, W., Font R., Friedman, G., Groarke, J., Hugles, W., Johnson, A.F., McGulgan, J.E., Summers, R., Vlahcevic R., Wilson, E.C., and Winship, D.H.: Cimetidine in the treatment of duodenal ulcer. A multicenter double-blind study. *Gastroenterology* 74:380-388, 1978.

Black, J.W., Duncan, W.A.M., and Durant, C.J.: Definition and antagonism of histamine H₂ receptors. *Nature* 236:385-390, 1972.

Eseartín M. *Gastroenterología básica. Algunas consideraciones sobre fisiopatología gástrica. Medicina I de ps 1.980.*

RESUMEN

Se efectuó el ensayo clínico doble ciego en 16 pacientes para demostrar la eficacia y seguridad de cimetidine en tratamiento de úlcera duodenal sin complicaciones.

Fueron tratados 8 pacientes con cimetidine y 8 con placebo. La dosis oral de cimetidine fue de 200 mg. 3 veces al día y 400 mg al acostarse por 4 semanas. La única medicación adicional permitida para el dolor fué el gel hidróxido de aluminio y magnesio, raramente se autorizó un sedante para insomnio. La endoscopia se realizó antes y para incluirlo en el estudio y a la segunda semana como control, todos los pacientes se sometieron a exámenes de laboratorio y radiología estándares antes y después del tratamiento.

Fue notorio que 75 o/o no tuvieron dolor nocturno con cimetidine en un 50 o/o desapareció el dolor subjetivo en la Primera semana, en 62 o/o desapareció en la tercera y 100 o/o en la cuarta. Dolor objetivo; remitió en 37,5 o/o en la primera semana, 75 o/o en la segunda semana. Otros síntomas náusea, vómito remitieron el 75 o/o, piro-sis el 50 o/o. Curación endoscópica fue observada en 75 o/o con cimetidine contra 19 o/o de placebo. La tolerancia al medicamento fue satisfactoria, sin ningún efecto secundario.

Hetsel, D.J., Hansky, J., Shearman, D.J.C., Korman M.C., Hecker, R., Taggart, G.J., Jackson, R., and Gabb, B.W. Cimetidine treatment of duodenal ulceration, Short term clinical trial and maintenance study. *Gastroenterology* 74: 389-392, 1978.

Ubilluz R. Cimetidine in the treatment of active duodenal ulcer *Current Therapeutic research* V. 25 N-2 II 1.979.

Villalobos, J.J. —Estudio doble ciego de cimetidine y placebo en úlcera duodenal. *I.N.V. Méd Int.* (1978) 5.273.

* Profesor principal de la Facultad de Ciencias Médicas.

LESION DEL CONDUCTO TORACICO A NIVEL CERVICAL REPARADO QUIRURGICAMENTE

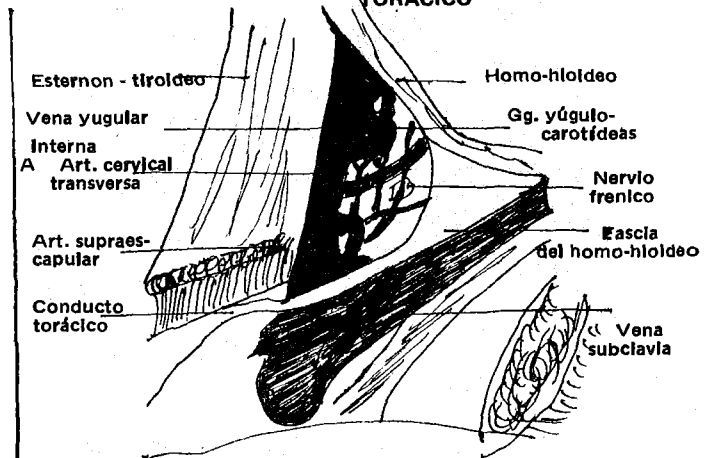
Dr. Luis Pacheco Ojeda *

Introducción

Durante las disecciones de cuello, ya sean radicales o modificadas, se retira el tejido célulo-ganglionar adyacente al confluente yúgulo-subclavio maniobrándose por lo tanto en las inmediaciones de la desembocadura del conducto torácico en el lado izquierdo y de la llamada gran vena linfática o conducto linfático derecho en el lado opuesto.

Eventualmente el conducto torácico puede ser lesionado sin mayores consecuencias siempre y cuando sea reconocido y ligado adecuadamente (1, 2, 3). La existencia de vasos anastomóticos entre ambos lados mantiene el retorno linfático del tronco, extremidades y cabeza hacia la circulación venosa. La variabilidad anatómica del sitio de desembocadura del conducto torácico así como la posibilidad de su terminación en varias ramas son hechos frecuentes (4) (fig. 1).

FIG. 1 TERMINACION DEL CONDUCTO TORACICO



La lesión del conducto torácico único o de una de sus ramas terminales a nivel cervical en caso de adenectomía supraclavicular es excepcional y su manejo puede causar dificultades como en los casos que presentamos y que fueron solucionados quirúrgicamente.

Reporte de casos

Caso 1. Paciente indígena, sexo femenino, 72 años de edad, doméstica, nacida en Riobamba y residente en Quito. Un interrogatorio difícil nos hizo conocer la existencia de astenia, anorexia y un abdomen prominente acompañado de edema de miembros inferiores desde hace unos 4 o 6 meses. Este cuadro asociado a una artritis de varios años de duración le impedía prácticamente caminar. La paciente ingresó al Hospital "Carlos Andrade Marín" en Junio de 1981 en condiciones generales mediocres. El examen físico reveló la presencia de poliadenopatías supraclaviculares izquierdas de 1,5 cm de diámetro cada una, un abdomen bastante distendido, con ascitis, red venosa colateral y una masa tumoral localizada en hipogastrio de aproximadamente 10 x 15 cm de tamaño, proveniente de la pelvis y fija en profundidad; el hígado y el bazo no eran palpables; había edema importante de miembros inferiores y en fin, un sangrado genital moderado. No fue posible realizar un tacto rectal y un examen ginecológico. El diagnóstico clínico fue de neoplasia de ovario.

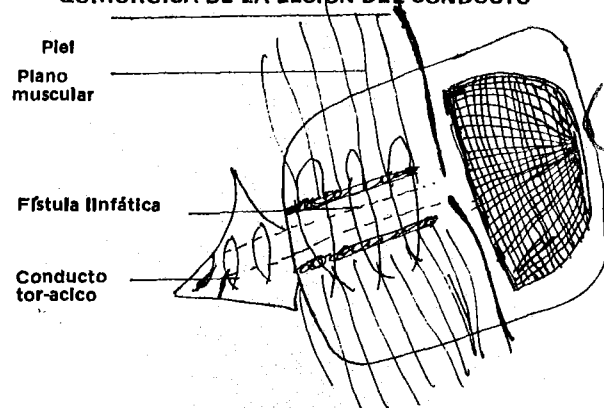
Las radiografías de torax y columna así como una gammagrafía hepática no demostraron lesiones tumorales.

El 2 de Julio de 1981 se procedió a realizar una poliadenectomía supraclavicular izquierda bajo anestesia local a través de una incisión de 4 cm sobre y paralela a la clavícula. Se retiraron unos 4 ganglios sospechosos macroscópicamente manipulando en la fosa supraclavicular por fuera de los vasos yugulo-carotídeos. Se dejó un dren y un apósito moderadamente compresivo. El resultado histológico fue de metastásis de disgerminoma.

Luego de retirado el dren a las 48 horas se hizo presente una linforrea persistente que humedecía los apósitos que debían ser cambiados diariamente. No se pudo llegar a realizar una compresión eficaz sobre la fosa supraclavicular para controlar la linforrea dadas las malas condiciones de la piel; muy elástica y sensible al esparadrapo.

Debido a que la pérdida de unos 200 a 400 cc de linfa diariamente estaba llevando a esta frágil paciente a una deshidratación decidimos reintervenir a los 10 días de la primera intervención. Encontramos un trayecto fistuloso por donde drenaba linfa que maceraba los tejidos circundantes. Colocamos 2 puntos de seda en jareta hacia el confluente yugulo-subclavio sobre el origen aparente del drenaje linfático; luego colocamos puntos de aproximación del plano muscular y finalmente unos 3 puntos totales de piel y músculo anudados sobre el apósito compresivo (fig 2). Se continuó una hidratación parenteral y una antibioterapia previamente indicadas. El apósito compresivo fue retirado a los 6 días habiéndose comprobado la remisión de la linforrea.

FIG 2.- ESQUEMA DE LA REPARACION QUIRURGICA DE LA LESION DEL CONDUCTO



La paciente fue dada de alta a los pocos días una vez cicatrizada completamente la herida de la reintervención. El servicio de Radioterapia decidió no administrar cobaltoterapia, tratamiento específico del disgerminoma, debido a la edad y a la mediocre condición general de la paciente. Conocimos de su fallecimiento luego de un mes seguramente debido a la evolución de la neoplasia ovárica.

Caso 2. Paciente de 72 años, sexo masculino, jubilado, residente en Quito y con antecedentes de un accidente cerebro-vascular hace 4 años. Ingresó al servicio de Neumología del Hospital "Carlos Andrade Marín" en Febrero de 1982 por un enfisema pulmonar obstructivo crónico

y corpulmonale descompensado. Al examen físico el paciente se hallaba en regulares condiciones generales. Los hallazgos físicos más importantes fueron: una masa poliganglionar supraclavicular izquierda ligeramente fija en profundidad y de aproximadamente 3 cm de diámetro; un soplo sistólico mitral; una matitez del tercio inferior de campo pulmonar derecho y rales en la base izquierda; abdomen tenso con hígado palpable a 1 cm bajo el reborde costal; finalmente, un edema maleolar bilateral. Luego de su ingreso se procedió a una tóracocentesis habiéndose obtenido unos 1200 cc de líquido hemorrágico cuyo estudio citológico fue positivo para malignidad; varias punciones fueron repetidas posteriormente. Una radiografía de tórax demostró un ensachamiento de mediastino superior, masas parahiliares derechas y un derrame pleural. En vista de que una biopsia pleural resulto negativa

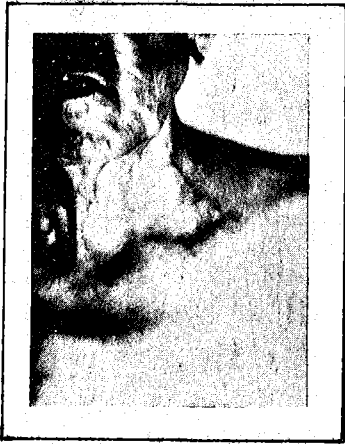


Fig. 3.- Aspectos de la fístula

Actualmente se ha planificado una cobalto-terapia sobre tórax pues una segunda biopsia pleural reveló un carcinoma epidermoide.

Discusión

El objeto del presente trabajo es doble. Por un lado, mencionar la posibilidad de lesionar el conducto torácico o una de sus ramas terminales en el confluente yúgulo-subclavio inadvertidamente cuando se realiza una adenectomía

el 19 de Marzo de 1982 se procedió a realizar una poliadenectomía supraclavicular izquierda bajo anestesia local con el fin de obtener material histológico que confirmara la citología del líquido pleural. Se retiraron unos 4 ganglios algo adheridos a la fascia profunda del cuello. Se dejó un dren y un apósito medianamente compresivo. El diagnóstico histológico fue de una infección granulomatosa crónica recomendándose descartarse una tuberculosis.

Retirado el dren a los 3 días comenzó a presentarse una linforrea importante que no cedió con medidas conservadoras. A los 13 días de la primera intervención tuvimos que realizar una operación semejante a la del caso 1 habiéndose obtenido una cicatrización completa a la siguiente semana (fig. 3 y 4).



Fig. 4.- Cicatriz postquirúrgica

supraclavicular. Y por otro lado, lo que es más importante, discutir la manera de manejar la linforrea consecuente a tal lesión.

En cirugía ganglionar con frecuencia observamos linforreas de poca magnitud que son cohibidas con medidas locales conservadoras simples: drenaje aspirativo en el área inguinal, punciones repetidas a nivel de la axila, compresión sobre la fosa supraclavicular. Según la cantidad de linforrea pueden estar indicados además una rehi-

dratación, una dieta hipograsa, antibióticos, corticoides, etc. (5, 6).

Thawley (7) y Glenn (8) han propuesto una exploración amplia del cuello para localizar y ligar el conducto torácico cuando una fístula linfática se manifiesta tempranamente. En casos tardíos han propuesto consolidar el área del conducto lesionado con músculo adyacente pues los cambios inflamatorios locales impiden una localización exacta del sitio de la lesión; la alternativa que quedaría sería la ligadura del conducto más abajo a nivel de tórax. Una compresión y un drenaje aspirativo fueron suficientes en los 3 casos de lesión del conducto torácico reportados por Lacour (9). En nuestros pacientes el fracaso de las medidas conservadoras nos obligó a intervenir quirúrgicamente en una modalidad ciertamente poco agresiva felizmente con un buen resultado inmediato.

RESUMEN

Se reportan dos casos inusuales de lesión de la terminación del conducto torácico a nivel cervical en el curso de una poliadenectomía supraclavicular izquierda. Este tipo de lesión que podría ser tratado ya sea con medidas conservadoras o ya sea mediante una exploración quirúrgica amplia fue eficazmente tratado con un acto quirúrgico poco agresivo y de mediana magnitud.

SUMMARY

We report two unusual cases of injury to the cervical part of the thoracic duct during the excision of several supraclavicular lymph nodes. This type of lesion could be treated with conservative measures or with a wide neck exploration. In the present cases we performed a limited operation with an immediate good result.

BIBLIOGRAFIA

1. BAKAMJIAM V. Y., MILLER S. H.: *A Technique for Radical Dissection of the Neck*. *Surg. Gynecol. Obst.* 144 (3): 419-424, 1977.
2. LORE J.M. *An Atlas of Head and Neck Surgery*. Philadelphia: W.B. Saunders. 1973: 544.
3. BEAHR O.H.: *Anatomía quirúrgica y técnica de la disección radical del cuello*. *Clin. Quir. N.A.* 57: 663-700, 1977.
4. GARDNER E., Gray D. J., O'Rahilly R. *Anatomía*. Barcelona: Salvat Ed. 1971:420.
5. PACHECO L.: *Les evidements ganglionnaires dans le mélanome malin a l'Institut Gustave Roussy*. Villejuif: I.G.R. 1978.
6. ESTRADE J.: *Les oedemes chroniques après evidements ganglionnaires pour cancer*. *Ann. Chir.* 2: 159-167, 1967.
7. THAWLEY S.E.: *Chylous Fistula Prevention and Management*. *Laryngoscope* 90: 522-525, 1980.
8. CLENN W.W.: *The Lymphatic System. Some Surgical Considerations*. *Arch. Surg.* 116 (8): 989-995, 1981.
9. LACOUR J., HOURTOULLE F.G.: *Evidement sus-claviculaire*. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale*. Paris: E.M.C. 1974.

* Cirujano Oncólogo - Hospital Carlos Andrade Marín - Profesor Auxiliar de Anatomía.

Temas
de Revisión

LA SITUACION DE SALUD DEL PAIS: ELEMENTOS PARA EL ANALISIS

Dr. Ramiro Estrella Cahueñas*
Dr. Jorge Oviedo Carrillo **

El proceso salud-enfermedad y consecuentemente la atención médica son elementos que responden las características de ésta (1). Así, en una sociedad que no esté dividida en clases; es decir, en la comunidad primitiva y en las sociedades que han superado ya las formas de producción anteriores al socialismo el riesgo de enfermar y morir es relativamente igual para toda la población, aunque con diferencias dadas por las características físicas, biológicas, etc, del individuo. Así mismo la salud, la enfermedad y la práctica médica tienen una connotación semejante para todos los miembros de la sociedad. La atención médica no tiene distinciones para el enfermo, y su calidad, así como la posibilidad de acceso a ella son iguales para quienes la demandan.

No ocurre igual cuando la sociedad se escinde en clases (esclavismo, feudalismo, capitalismo): las instancias médicas también se fragmentan;

el espectro mórbido y la atención médica se reparten de manera desigual para las distintas clases sociales, la salud y la enfermedad adquieren distintas concepciones que varían según el sector social al que se aplican, la calidad de atención médica varía también de acuerdo al estrato social al que va dirigida.

Evidencia de ello en nuestro país, es el funcionamiento de clínicas privadas, de hospitales para ciertos sectores (IESS - FF.AA.) y de otros centros que atienden a la inmensa mayoría poblacional que no tiene acceso al Seguro Social, ni posibilidades de obtener atención privada, siendo coincidentemente éstos los centros más pobres y desatendidos.

Estas y otras apreciaciones nos permiten concluir que es el sector salud donde impacta quizá con mayor claridad la desigualdad social.

Sobre las clases sociales ya más empobrecidas y explotadas recae el mayor índice de morbi-mortalidad, y la atención médica que la sociedad les brinda es la de más baja calidad, la más pobre y la más desatendida, y aún con estas condiciones debe cubrir la mayoría de la población, dándose en cambio el proceso contrario con los sectores económicamente más poderosos, en todos los niveles mencionados.

Esta íntima vinculación existente entre sociedad y salud, hizo que se vertieran muchos conceptos sobre el proceso salud-enfermedad, resultando insuficientes e incompletos incluso los de la O.M.S. porque no tomaban en cuenta variables fundamentales. Debido a ello corrientes nuevas en el pensamiento que hace relación al área de salud, han tratado de ubicar integralmente el problema. Así Granda dice que:

"La estructura económica y las relaciones sociales de producción y de cambio en una sociedad y no los fenómenos biológicos, por sí mismos, determinan el carácter de la relación del hombre con la naturaleza y esencialmente el tipo de patología que padece" (2), llamándonos la atención así sobre el enfoque estrictamente biológico que anteriormente se daba al proceso mórbido-patológico.

Por otra parte, salud no puede ser únicamente ausencia de enfermedad (un presidiario, un mendigo, aparentemente pueden carecer de enfermedad, pero esto no indica ni remotamente que posea salud); el normal funcionamiento de órganos y sistemas (un demente puede tener normalidad en sus funciones biológicas) o tampoco el simple "bienestar", (que es un concepto absolutamente relativo y subjetivo, no mensurable) sino más bien la capacidad de auto-desarrollo integral, de integración y crítica constructiva a la sociedad, para transformarla, en base al trabajo. Bien lo dice Hermida al afirmar, que:

"La salud debe ser entonces un saberse y sentirse por sí mismo en condiciones de perfeccionar lo motriz y lo mental para el beneficio social propio. El trabajo que le permite al hombre

dominar la naturaleza y descubrir la verdad científica, debería ser sinónimo de salud" (3).

Si bien tradicionalmente se reconoce que el espectro de enfermedad tiene un comportamiento diferente de acuerdo a sus distintos índices biológicos; edad (enfermedades infecciosas y parasitarias en menores de 24 años, enfermedades degenerativas en la senectud, etc), sexo (diabetes, úlcera gastroduenal, cirrosis hepática más frecuentes en sexo masculino) o raza (así según López Piñero: "en sudáfrica la tasa de mortalidad por mil nacidos vivos durante 1.967 fue de 24.1 para la población blanca, de 54.7 para la población asiática y de 136.9 para la de color"), (4) estas diferencias, claras por sí mismas, sin embargo no son suficientes para explicar el desigual comportamiento en cuanto a repartición de ciertos tipos de enfermedades y las últimas causas para ello. Así, en el último ejemplo, el elevadísimo índice de mortalidad infantil entre aquella población negra, no se debe a características genético- raciales, sino más bien a la tremenda explotación, miseria y condiciones sanitarias deficientes a que es sometido el sector social negro en Sudáfrica, tal como luego lo afirma López Piñero . . . "Estas diferencias no se deben a hipotéticos factores biológicos sino simplemente a la discriminación socio-económica por motivos raciales. Por ello, hay que considerarlos como una manifestación de la distribución de la enfermedad por clases sociales" (5), coincidiendo así nuestros criterios.

• Cuando son las diferencias sociales la base para el análisis la explicación resulta coherente y completa. Así, en última instancia, la diferencia en el enfermar, aún bajo una misma patología, es la ubicación en una u otra clase social (no es lo mismo adquirir sarampión cuando se es bien nutrido, se dispone de medios adecuados para el tratamiento médico de eventuales complicaciones, etc, que cuando se es mal nutrido, se carece de elementales condiciones higiénicas, económicas, asistenciales, etc). Además el adquirir determinado tipo de afecciones está directamente relacionado con el sector socioeconómico al que pertenece el individuo; enfermedades infecto-contagiosas, diarreicas, respiratorias,

parasitarias, etc., afectan básicamente a las clases sociales más pobres, mientras enfermedades ya "inevitables": ciertas cardio-vasculares, metabólicas, oncológicas, etc., afectan a sectores privilegiados, que no tuvieron que soportar las deficientes condiciones higiénicas, alimentarias, educacionales, etc., que recaen sobre los sectores populares.

Mencionaremos un concepto, a nuestro entender globalizador, de lo que debe entenderse por salud, analizado por Breilh: "La salud es un fenómeno que se mide por la capacidad del hombre como fuerza de trabajo, de desarrollarse, transformarse a sí mismo, a la sociedad, y por ende a la realidad circundante" (6).

En general, estas nuevas concepciones revelan una tendencia a desmitificar la aparente independencia y neutralidad de la medicina (salud, enfermedad, práctica médica) y a ubicarla como un elemento más de la estructura social; así, Estrella da cuenta de esta relación cuando dice: "La medicina, en tanto producto de la actividad humana, emerge y se desarrolla en la sociedad, es decir, dentro de una estructura que posee características propias, derivadas del ordenamiento del proceso productivo, las relaciones sociales y la historia", insistiendo en que "la articulación entre la medicina y sociedad se manifiesta, claramente, desde los albores de la humanidad; sin embargo... se ha tratado permanentemente de aislarla del contexto social y considerarla como una actividad independiente con cualidades y fina-

lidades específicas y eternas" (7).

Lógicamente al hacer aparecer la medicina como un elemento ahistórico (eterno) y que se sustrae a la problemática social, las clases dominantes, han podido utilizarla como un elemento más, y muy efectivo, de dominación y represión social. Por ello la necesidad de desmitificar la práctica médica y ubicarla en su verdadero contexto:

De acuerdo a este criterio, y tratando de no dislocar la relación existente entre salud-enfermedad-práctica médica y estructura social y económica, y en el interés de contribuir a ubicar la realidad actual que en materia de salud vive nuestra población, hemos realizado un estudio que, sin ser acabado pretende resumir lo sobresaliente de lo que constituye uno de los temas más debatidos, por todas las implicaciones sociales que conlleva; como es la problemática de salud del país.

Presentaremos una serie de datos estadísticos que ayudan a delimitar el perfil sanitario del Ecuador, datos que sin embargo, no representan la real magnitud de los problemas de este sector.

Insistimos: definitivamente la problemática de salud tiene que ser analizada dentro de un contexto social; esto es, referida y en íntima relación con la situación socio-económica; por ello estudiaremos primero algunos datos económico-poblacionales:

1.- POBLACION DEL PAIS (8)

AÑO	TOTAL	URBANA	RURAL	
1.974	6'500.845	41.2 o/o	58.8 o/o	(censo)
1.978	7'814.000	42.8 o/o	57.2 o/o	(proyección)
1.980	8'354.000	43.6 o/o	56.4 o/o	(proyección)

De esta población (1.978) el 22 o/o corresponde a mujeres en edad fértil y el 45.6 o/o representan los menores de 15 años, lo que nos da una

idea de la importancia del sector materno-infantil.

2.- POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

Según el censo de población de 1.962, en el mes de Junio la población económicamente activa del país llegaba a un total de 1'763.452 habitantes; para 1.974 este total ascendía a 2'278.346, el mismo que se subdividía así:

P.E.A. total: 2'278.346
 Urbana: 835.511
 Rural: 1'442.835

De acuerdo a la distribución por ramas de actividad, ocupa el primer lugar la agricultura, silvicultura, caza y pesca con un total de 1.204.788, que se distribuye así: 63.514 en la zona urbana y 1'141.274 en el sector rural, ocupando a un 52.9 o/o del total de la población

económicamente activa; de este porcentaje, un 7.6 o/o se ubica en la zona urbana y un 79.1 o/o en la rural (9).

Estas cifras nos dan una clara idea de la importancia del sector rural, tanto por la gran concentración poblacional, como por la riqueza que genera, ya que en una sola rama de actividad económica congrega al 53 o/o de la población activa. Sin embargo como se verá adelante, es el sector rural precisamente el menos atendido en relación a salud.

3.- Datos muy importantes, que evidencian el nivel sanitario y las condiciones infraestructurales de salud de un país son las referidas a agua potable y disposición de excretas; las exponemos a continuación.

SERVICIOS DE AGUA POTABLE. POBLACION

Urbana	3'484.595
Rural	4'593.405
Total Nacional	8'078.000

1.979 (10)

POBLAC. SERVIDA

Sist. Agua Potab.

o/o

Urbana	2'786.738	80 o/o
Rural	470.411	10.2 o/o
Total Nacional	3'257.149	40.3 o/o

DISPOSICION DE EXCRETAS 1.979 (11)

	Población	poblac. servida por alcantarilla- do.	o/o	poblac. servida vida por letri- nas	o/o
URBANA	3'484.595	2'386.641	68.5	7.078	0.2 o/o
RURAL	4'593.405	61.334	1.3	147.426	3.2 o/o
TOTAL NAC.:	8'078.000	2'442.975	30.3	154.504	1.9 o/o

Estas dramáticas cifras revelan el absoluto abandono en que se halla sumido el sector rural, déficit de servicios elementales en más del 90 o/o de la población, y explican en alto grado los grandes problemas de salud que asientan especialmente en este sector. Esto nos da asidero para poder decir que la gran totalidad de los factores que exponemos a continuación derivan

de las pésimas condiciones de infraestructura sanitaria, así como de la propia estructura social y económica del país.

4.- NATALIDAD (12)

De todos los nacimientos que ocurren en el país, un alto porcentaje no son atendidos por personal adecuadamente capacitado:

	1.962	1.971	1.978
TOTAL NACIMIENTOS	215.980	243.506	230.259
o/o con atención profesional	17.5 o/o	29.9 o/o	36. o/o
o/o sin atención profesional	82.5 o/o	70.1 o/o	64. o/o
Nacimientos por 1000 habitantes	48.3 o/o	38.7 o/o	29.5 o/o

5.— MORTALIDAD (13)

Nuestro país se caracteriza por presentar

altas tasas de mortalidad general, infantil y materna, reflejo fiel de las condiciones de salud del país.

	1969	1971	1973	1975	1977
Tasa de mortalidad general (1)	11.9 o/o	10.1 o/o	9.8 o/o	7.8 o/o	7.8 o/o
Tasa de mortalidad de -28 días (2)	29.4	25.8	22.6	31.3	29.6
Tasa de mortalidad de -1 año (2)	91.0	78.5	75.8	65.8	70.9
Tasa de mortalidad Materna (2)	2.3	2.0	1.9	2.3	2.0

(1) Mortalidad por 1000 habitantes

(2) Mortalidad por 1000 habitantes

Según datos del propio Ministerio de Salud:

"Debemos reconocer que existen áreas en el país que fácilmente sobrepasan las 100 defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos".

"Una alta proporción de muertes infantiles no tienen certificado médico".

"Las defunciones de menores de 5 años constituyen aproximadamente el 50 o/o de muertes en el país" (14).

Por otra parte, las causas de mortalidad durante este período se repiten casi con similares características a través de los distintos años. Así:

CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL:

	1.973	o/o	1.977	o/o
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	13.4		13.6	
2. Bronquitis, enfisema y asma	7.38		6.6	
3. Otras Neumonías	6.51		6.3	
4. Senilidad sin mención de Psicosis	5.56		5.2	

5. Otras formas de enfermedad del corazón	4.09	Otras enfermedades del corazón	4.9
6. Sarampión	3.65	Sarampión	3.3
7. Influenza	3.51	Enfermedades cerebrovasculares	3.0
8. Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	2.53	Accidentes vehículos de motor	2.8
9. Tosferina	2.30	Otras causas de mortalidad perinatales	2.2
10. Anemias	2.29	Enfermedades isquémicas del corazón	2.2(15)

Llama la atención que como causas importantes de mortalidad se ubiquen enfermedades que por sí solas no deberían producir muerte,

como el sarampión, por ejemplo e incluso las mismas enteritis y otras enfermedades diarreicas.

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL:

	1.973	o/o		1.977	o/o
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas		23.2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas		27.1
2. Bronquitis, enfisema y asma		14.0	Bronquitis, enfisema y asma		13.1
3. Otras causas de mortalidad perinatales		9.2	Otras causas de mortalidad perinatales		8.4
4. Otras neumonías		7.5	Otras neumonías		8.0
5. Influenza		5.0	Infec. respiratorias agudas		4.0
6. Tétanos		4.8	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales		3.8
7. Infecciones respiratorias		3.6	Tétanos		3.8
8. Tosferina		3.5	Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas		3.2
9. Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas		2.7	Influenza		2.8

10. Sarampión

2.6

Sarampión

2.7(16)

Estas cifras nos demuestran que las enfermedades más frecuentes en nuestro país, se ubican en tres campos perfectamente definidos:

1. Infecto-contagiosas
 2. Parasitarias
 3. Desnutrición
- (17)

Este es un tipo de patología que corresponde a un país con malas condiciones de saneamiento ambiental: déficit de agua potable, alcantarillado, etc., y con un sector poblacional muy amplio desamparado de la obligatoria atención médica que debe brindar el Estado.

Los datos relativos a mortalidad infantil, morbilidad y mortalidad general; por grupos y por años reafirman definitivamente una infraestructura sanitaria deficiente y no aporta para el desarrollo adecuado de la población.

Así, en los años 1.972 y 1.978, comparativamente, se produjeron las siguientes tasas de morbilidad (por cada 10.000 habitantes)

	1972	1978
tifoidea	41.8	39.7
tosferina	27.7	25.1
tuberculosis	25.0	33.5
malaria	101.6	125.11

que nos demuestran una alta incidencia de enfermedades infecto-contagiosas resultantes de las malas condiciones higiénicas y/o falta de mecanismos de prevención (inmunizaciones)

Las cifras antes anotadas, sin embargo de ser demostrativas para un sector poblacional, no re presentan fielmente la realidad de salud del país por varias razones entre las que mencionaremos

- 1.— Existe un gran sub-registro, especialmente en lo referente a mortalidad infantil, morbili-

dad general, etc., debido a su vez a varios condicionantes:

- 1.1 Ausencia de atención profesional
- 1.2 Ausencia de Estadísticas Adecuadas
- 1.3 Desconocimiento de la patología prevalente en especial en zonas alejadas.
- 1.4 Práctica de métodos de salud no vinculados con las instituciones formales.

2.— Los datos obtenidos hacen relación básicamente al área atendida por instituciones de salud.

3.— Existe un comportamiento diferente de los parámetros que permiten definir la situación de salud del país, de acuerdo al sector social afectado, e incluso en nuestro país, de acuerdo a las diferentes provincias merced a su distinto desarrollo económico.

4.— Existencia de pésimas condiciones higiénicas a lo largo y ancho del país, lo que incide en la elevación de las tasas de morbilidad, que no llegan a las "estadísticas" por constituir ya una forma permanente de "supervivencia", a las que además hay que añadir la incapacidad de grandes sectores de la población para satisfacer sus necesidades en alimentación, vestido, vivienda, etc., lo que constituye también un estado morbiliforme.

Para "enfrentar" esta problemática de salud, la atención médica en nuestro país se halla dividida en estratos diferenciados por su calidad, recursos y costo, los que a su vez se hallan concentrados en sectores urbanos prioritariamente. Así, una mejor atención tendrá quien presente la posibilidad de "comprar salud", y las poblaciones rurales quedarán prácticamente libradas a sus propios mecanismos de defensa.

Así, esquemáticamente, podemos representar a la atención médica del país dividida de la siguiente manera:

I.— MEDICINA FORMAL

1. Privada (clínica/consultorios)
2. Institucional
 - 2.1 Instituciones M.S.P. (en servicios Seguridad Social instalados: otros FF.AA., hospitales, policía Nacional, SCS, etc.)
 - 2.2 Acciones de Salud Pública: (Higiene municipal, control de enfermedades infecto-contagiosas, etc)
 - 2.3 Salud Rural: (Medicatura Rural, seguro social campesino, etc);

II. MEDICINA INFORMAL INSTITUCIONALIZADA.

1. Atención Primaria de Salud
1. Adiestramiento C.V.R.

III. MEDICINA INFORMAL (EMPIRICA)

1. Medicina Popular
2. Medicina Aborigen

Esta división de la atención médica va unida o mejor es consecuencia de la división de la sociedad en clases sociales, como lo demuestra el siguiente análisis:

Medicina Formal.

1. Privada: Dirigida a los sectores económicamente fuertes que pueden pagarla.
1. Institucional: I.E.S.S., FF.AA., Policía: Dirigidos a los sectores que al Estado y la empresa privada les interesa garantizar una atención adecuada para que la maquinaria estatal, la burocracia y el sector privado funcionen sin contratiempos por un lado; y por otro para obtener mayores beneficios y ganancias (empresa privada) manteniendo un nivel adecuado (para los intereses de los sectores explotadores) de salud en el sector obrero.

Ministerio de Salud, acciones de Salud Pública y Salud Rural:

Tipo de atenciones médicas dirigidas a la mayoría de la población urbana y rural. Debido a que es un sector compuesto por varios estratos sociales pobres: campesinos, sub-proletariado, (aquellos que tienen ocupación ocasional, vendedores ambulantes, vivanderas, etc.), la atención que se le brinda es también la más pobre, con menores recursos, la menos costosa y la de más baja calidad. Incluso llega a considerarse como una dádiva del Estado.

Medicina Informal institucionalizada:

Atención Primaria, adiestramiento de C.V.R. (colaboradores voluntarios rurales), etc. destinadas aparentemente, a los lugares más apartados del país, y por tanto a los estratos sociales más pobres. Tipo de medicina simplificada y barata que, de acuerdo a la concepción del Estado, busca básicamente descender las tensiones sociales existentes en el campo y eliminar "potenciales conflictos".

Medicina Informal

Medicina popular, medicina aborigen. Conjunto de saberes médicos acumulados a lo largo de siglos, que son el resultado de la necesidad de los sectores populares de desarrollar sus propios conocimientos médicos y terapéuticos ante su abandono por parte del Estado.

Los datos y el análisis aquí consignados no son sino elementos que pueden ayudar a un más profundo conocimiento y comprensión de la realidad de salud de nuestro país, ante lo cual necesariamente, quienes trabajamos en este sector debemos adoptar una posición crítica y de compromiso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ESTRELLA, R.: Salud, enfermedad y práctica Médica en la evolución de la sociedad. ININMS, Quito, 1980 (mimeo)
- 2.— GRANDA, E.: La investigación epidemiológica. Investigación Científica. Metodolo-

- gía, memorias de un cursillo. AEM, Quito, 1.977.
- 3.— HERMIDA, C.: Salud y fuerza de trabajo. Salud y sociedad; informe del área de medicina popular. Fac. de Medicina, Quito/76.
 - 4.— LOPEZ PIÑERO, J.M.: Introducción a la Medicina. Editorial Ariel, Barcelona, 1.974.
 - 5.— BREILH, J.: Notas acerca de Salud y Sociedad. Salud y Sociedad: Informe del área de medicina popular. Facultad de Ciencias Médicas, Quito, 1.976
 - 6.— ESTRELLA, E.: Medicina y Estructura Socio-Económica. Editorial Belem, Quito, 1.980
 - 7.— Banco Central del Ecuador: Boletín Anuario 1.980
 - 8.— Censo de Población 1.974. Correcciones de la Comisión Interinstitucional: INEC, Banco Central del Ecuador, JUNAPLA
 - 9.— Situación de los servicios de Agua Potable y disposición de Excretas. Total Nacional y por provincia. Fuente: IEOS. Elaboración: ININMS
 - 10.— Situación de los servicios de Agua Potable y disposición de Excretas. Total Nacional y por provincias. Fuente: IEOS. Elaboración: ININMS.
 - 11.— Cifras en salud, Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales, Quito, 1.980
 - 12.— BERMEO G.: Informe del Ministerio de Salud Pública. 1972-1979. Quito, 1.979
 - 13.— BERMEO G.: Informe del Ministerio de Salud Pública. 1972-1979. Quito, 1979
 - 14.— Encuesta anual de estadísticas vitales. INEC, Quito, 1.973-1977
 - 15.— Encuesta anual de estadísticas vitales. INEC, Quito, 1973-1977
 - 16.— Ministerio de Salud Pública.: Nivel de Salud, factores condicionantes por provincias., Quito, 1.978.
-
- * Profesor Titular de Bioquímica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central. Quito.
Secretario Asociado de AFEME.
- ** Médico del Dispensario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Quito.

Educación
Médica

EDUCACION CONTINUA EN LA SALUD

INTRODUCCION:

Característica de la relación ser humano-conocimiento es su constante evolución, motivada por el permanente deseo del hombre de profundizarlo, ampliarlo, aprenderlo. El aprendizaje, consiguientemente es, debe ser, continuo y la enseñanza, corresponder a esa necesidad.

El saber médico y el conocimiento en salud está también sujeto a esa relación. Hoy con una nueva imagen, puesto que el médico, tradicionalmente considerado como el "eje" del equipo de salud, ha pasado a ocupar un sitio de igual relevancia junto al resto de trabajadores que conforman ese equipo. Entonces, aquel conocimiento distribuido entre ese personal y sometido a igual evolución, es cambiante y está sujeto a ser abordado en su desarrollo por todos los integrantes del equipo de salud. Consiguientemente, el aprendizaje, la captación de los conocimientos relativos a la sa-

lud, igual que la educación y enseñanza, deben ser permanentes y continuos.

DEFINICION:

Entendemos por "Educación continua en salud" a un proceso a través del cual el personal de salud, refrescando lo conocido y aprendiendo nuevos conocimientos, logra mantener y/o mejorar su nivel de trabajo, tornando más eficaz el desarrollo de sus tareas de salud.

Debe ser éste un proceso educativo perfectamente estructurado y definido: Planificación pedagógica, personal docente preparado para el efecto, y un personal de salud, vale decir docente, no pasivo ni observador, sino sujeto activo de su propio proceso educacional.

En países como el nuestro, donde es menester llenar muchísimas necesidades de salud de la socie-

Dr. Marco Alvarez
Dr. Jorge Oviedo
Dr. Joffre Egas

dad, el personal sanitario necesita imperiosamente mejorar sus niveles de conocimientos, perfeccionar sus técnicas y transformar su metodología de trabajo, lo cual a su vez significará una mejor atención a los requerimientos de salud de la población. Por lo tanto, superar las deficiencias del personal mediante una educación continua, es una obligación de las instituciones que hacen salud en el país, deficiencias que, por otro lado deben ser la base para la estructuración y elaboración del proceso educativo, al igual que las necesidades de salud de nuestra sociedad. La detección de un mejoramiento en la atención de esos problemas y necesidades sanitarias, así como la elevación del nivel de salud poblacional en los conflictos tratados, será el mejor indicador y la respuesta al proceso educativo iniciado.

Consiguientemente, la programación del proceso de enseñanza continua no puede corresponder simplemente a las necesidades e intereses de determinada institución, sino que debe basarse en las necesidades nacionales de salud y en la perspectiva de mejorar los niveles de atención de las demandas sanitarias de la sociedad, que cada vez son mayores.

En definitiva, un proceso que busca actualizar permanentemente en sus conocimientos al equipo de salud, rompiendo así la brecha creada por la rapidísima evolución científica y técnica, y respondiendo así con una mejor atención a las necesidades poblacionales de salud.

DIAGNOSTICO:

La Educación Médica no es un acto sino un proceso ininterrumpido que tan solo se inicia con la carrera médica, y continúa mientras dura la vida profesional, constituye la premisa fundamental para el diagnóstico de la Educación Continua en Ciencias de la Salud. Siendo como es la Ciencia Médica que se nutre del permanente y necesario investigar, lo cual hace que los conceptos estén en permanente evolución para beneficio y ventaja de la especie humana y la sociedad, se justifica la implementación de programas como éste.

En nuestro país la Educación Continua es incipiente, limitada en unos casos y anulada en otros,

dependiendo del nivel donde sea analizada; esta realidad, hace por sí sola que no tenga el carácter de universal como debería ser, pues, la misma se ha reducido a particulares niveles como sociedades científicas de especialidad; en la última década se ha intentado con un éxito parcial cubrir el nivel de especialidad mediante las residencias de Post-grado que han permitido parcial y circunstancialmente llenar las expectativas planteadas, sin embargo de lo cual, ha sido encomiable la motivación que éstas despertaron.

Ni siquiera la integración de la actividad docente, que vendrá a ser la infraestructura para programas de este tipo, ha logrado cumplir sus objetivos en el pregrado, peor proyectarse a estricta programación de Educación Continuada en Post-grado.

Los intentos por hacer coherentes los escasos programas de Educación Continua han resultado vanos, es más, estos no han tenido trascendencia sino apenas en el gremio en donde se ha desarrollado el mismo y que, en ocasiones tuvo objetivos de lucro institucional.

La participación cruzada de educados y educadores que posibilita el intercambio de experiencias y conocimientos dependientes del nivel académico, prevalencia de patología por área geográfica, etc; de una a otra facultad o institución, no ha tenido mas que escasos intentos por parte de instituciones como AFEME; que ha tratado de integrar en un sistema de Educación Continuada a esta actividad que hasta hoy sigue siendo esporádica y huérfana de toda planificación.

No se diga de su coordinación en cuanto a contenidos que hoy por hoy constituyen una tarea de cumplir al igual que todo el programa en sus aspectos de coherencia de actividades, participación integral, coordinación de contenidos.

No es menos cierto que estas actividades aunque aisladas han aportado en conocimientos y formación que han servido a mantener la motivación necesaria para emprender propósitos. Mencionamos entre las principales actividades que en cuanto a Educación Continua se han desarrollado en nuestro país.

- Autoeducación: Lectura, utilización de medios audiovisuales, como películas, cintas fijas, todas ellas de producción extranjera.
- Simposiums; conferencias, Congresos de limitada cobertura que casi siempre queda a nivel de sociedades científicas, o de especialidad.
- Estudios de perfeccionamiento por períodos variables en servicios de especialidad.
- Asistencia a eventos nacionales o internacionales de especialidad.

Esta diversidad de actividades demandan casi en su totalidad que el financiamiento sea por parte del interesado, volviéndolos menos accesibles al recurso aspirante.

Además no existe un sistema de acreditación establecido que regule la certificación que acredite el haber participado en dichos eventos.

Todo lo expuesto hace concluir que lo vigente en cuanto a Educación continuada adolece de los siguientes vicios:

- No forma parte de un sistema establecido.
- No es universal.
- No hay integralidad de las actividades desarrolladas.
- No hay coherencia en los programas.
- No hay coordinación de contenidos.
- No hay participación cruzada de docentes y dicentes.
- No hay un sistema de acreditación establecido.

Con estas consideraciones podemos afirmar que en nuestro país existen las condiciones básicas para instituir un verdadero proceso de Educación Continua en Salud que vaya a satisfacer:

- a. Necesidades de salud no cubiertas y demandas de la población por una atención sanitaria cada vez más eficaz.
- b. Al personal de salud, en todos sus niveles, con capacidad de mejorar sus conocimientos e índices de atención.

c. A las instituciones sanitarias y asociaciones profesionales que pueden prestar apoyo a tal proceso.

d. La existencia de estructuras educativas definidas que pueden coadyuvar al desarrollo de programas, tales como, la universidad, con profesionales con experiencia educativa en salud y capacidad para establecer sistemas de recolección e información en las distintas áreas del conocimiento en salud.

4.OBJETIVOS:

El establecimiento de un proceso de educación continua en salud lograría los siguientes objetivos:

- 4.1 Mantener un proceso permanente de enseñanza-aprendizaje que permita una actualización y/o perfeccionamiento de los niveles de conocimiento del personal de salud, en su específica función dentro del equipo.
- 4.2 Dar una respuesta a las demandas poblacionales de una atención médica y paramédica eficaz, accesible y actualizada.
- 4.3 Normar, organizar y dar cuerpo a tipo de acciones aisladas actualmetne existentes, que signifiquen actualizar conocimientos, desde conferencias, paneles y mesas redondas, permitiendo así al profesional de salud, un panorama de las actividades educativas a desarrollarse en el país y localmente.
- 4.4 Contribuir al desarrollo profesional, humano, social, cultural e intelectual del trabajador de la salud, respondiendo así a la necesidad y obligación del personal de mejorar sus niveles de conocimientos y atención sanitarios.
- 4.5 Facilitar la creación de una infraestructura que ayude a los trabajadores de la salud a obtener información variada, actualizada y rápida sobre conocimientos sanitarios, mediante el establecimiento de archivos, bibliotecas, bancos de información, etc.
- 4.6 Ayudar a crear y fortalecer el espíritu de a-

prendizaje y mejoramiento continuo en el trabajador de la salud.

5. RECOMENDACIONES:

Por lo expuesto y en el entendido de lo trascendental y prioritaria que constituye la Educación Continua en Salud nos permitimos esbozar las siguientes recomendaciones:

5.1 Creación de un ente administrativo-ejecutor integrado por delegados del Ministerio de Salud Pública, I.E.S.S., Facultades de Medicina y Sanidad Militar, el mismo que deberá cumplir las siguientes actividades:

- a. Lograr la realización de los objetivos planteados, haciendo de la Educación Continua en Salud un sistema vigente.
- b. Elaboración semestral o anual de un programa de acciones que busquen la actualización y perfeccionamiento del personal de salud.
- c. Centralizar y avalizar las actividades que se realicen en provincias y a nivel nacional; así como las informaciones sobre ellas.
- d. Definir las áreas y temas básicos sobre los cuales se desarrollan las actividades, tomando para ello como fundamento las necesidades poblacionales de salud y las deficiencias del personal sanitario.
- e. Establecer contactos y definir una estructura organizacional con las diferentes sociedades de especialidad.
- f. Convocar a las diferentes actividades a realizarse.
- g. Definir, producir, y centralizar todo el material didáctico necesario para el proceso educativo planeado.
- h. Establecer comunicaciones con organismos y/o

Instituciones similares en el exterior con el objetivo de lograr intercambio de experiencias.

- i. Establecer infraestructura de información de conocimientos de salud accesibles al trabajo de salud.

5.2 Dependiente de la primera, integrar una división Docente-Methodológica que se encargará de:

- a. Planificar y establecer la metodología a utilizarse en las diversas acciones.
- b. Proveer de recursos materiales y humanos necesarios para su implementación.
- c. Poner a consideración del organismo superior el detalle del programa.

5.3 División de Docencia-Médica que deberá:

- a. Elaborar el componente académico de los programas difundiendo el nivel académico de los programas a desarrollarse;
- b. Establecer los niveles de acceso a los programas difundiendo el nivel académico del aspirante;
- c. Presentar en detalle al organismo superior los programas académicos para cada nivel;
- d. Disponer del personal docente para la implementación de los programas.

5.4 División de Capacitación, que tendrá entre sus obligaciones:

- a. Orientar las diferentes actividades del programa a los distintos niveles de salud;
- b. Se encargará de la capacitación del personal docente, planificador y ejecutor de los distintos programas, mediante cursos a nivel nacional e internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- LÓPEZ PORTILLO, M. LAS TUTORIAS MEDICAS UNIVERSITARIAS.- EDUCACION MEDICA Y SALUD, Vol. 14 No. 2, 1980, págs. 145 - 146.
- 2.- VELASCO RAYO, C. CONSIDERACION SOBRE EDUCACION MEDICA CONTINUADA.- EDUCACION MEDICA Y SALUD, Vol. 14 No. 4, 1980, Págs. 399 - 405.
- 3.- DE LA TORRE MONTEJO, E. EDUCACION CONTINUA EN EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE CUBA., EDUCACION MEDICA Y SALUD' Vol. 12 No. 2, 1978. Págs. 119-133.
- 4.- ESPINOZA, P. ALVAREZ, M., EDUCACION CONTINUA A NIVEL RURAL. *MEMORIAS DE ANAMER, 1981, AFEME.

**REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
(INFORMACION A COLECCIONISTAS)**

De la información recogida por el Banco de Información Científica, se conoce que la primera publicación periódica de la Facultad, aparece en el año 1932, con el nombre de "ARCHIVOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS", cuya iniciativa se debió al Dr. Pablo Arturo Suárez; esta primera época termina en 1945, en que apareció el volumen diez.

En 1950 renace la inquietud y viene la segunda época, con el volumen uno, número uno, de la "REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS", bajo la dirección de los Doctores Miguel Salvador y Virgilio Paredes Borja y un respetable Consejo de Redacción, en el que constan los Doctores; Carlos R. Sánchez, Julio Endara M., César Jácome Moscoso, Luis A. León, José Cruz Cueva y Eduardo Yépez V. Esta segunda época se extiende hasta el año 1960, en que se publicó el volumen once, número cuatro.

En 1969 empieza la tercera época, con el mismo nombre pero signada con volumen uno, número uno, siendo director de la misma el Doctor Carlos Mosquera Sánchez.

A los seis años de esta publicación, osea en 1975, se publica el volumen dos, número uno, con la variación de su nombre al de "REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA" y bajo la dirección del Doctor Marco Herdoíza, habiendo publicado hasta el volumen cinco, número uno - dos en 1980.

A partir del presente número se retoma el nombre de "REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS" y se continúa con la numeración que se inició en 1969. A continuación se señalan los volúmenes y números editados:

"ARCHIVOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS"

Vol.	año
1	1932
2-3	1933
4	1934
5-6	1935
8	1941
9	1944
10	1945

"REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS"

Vol.	Número	año
1	1	1950
1	2	1950
2	1-2	1951
3	1-2	1952
3	3-4	1952
4	1-2	1953
4	3-4	1953
5	1-4	1954

6	1-2	1955
6	3-4	1955
7	1-2	1956
7	3-4	1956
8	1-2	1957
8	3-4	1957
9-10	1	1958
10-11	1-4	1959

"REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA"

Vol	Número	año
1	1	1969
2	1	1975
2	2	1976
3	1	1977
4	1-2	1978
4	3-4	1978
5	1-2	1980
6	1	1981
6	2	1981
6	3-4	1981