

REVISTA DEL  
  
INSTITUTO MEDICO SUCRE  
FUNDADA EN EL MES DE MARZO DE 1905

---

# Instituto Médico "Sucre"

VOLUMEN LXXIX • JULIO - DICIEMBRE 2013  
N° 142 • ISSN 1561-8374 • SUCRE - BOLIVIA

---



ANTONIO JOSÉ DE SUCRE Y ALCALÁ

Gran Mariscal de Ayacucho

(3 de febrero de 1795)

Óleo: Nanet Zamora

Salón de Conferencias

Instituto Médico "Sucre"

(Donación Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca - 3 de febrero de 1995)

# *INSTITUTO MÉDICO “SUCRE”*

**SOCIEDAD FUNDADA EL 3 DE FEBRERO DE 1895  
CONMEMORANDO EL CENTENARIO DEL NACIMIENTO DEL  
MARISCAL DE AYACUCHO DON ANTONIO JOSÉ DE SUCRE**



## **CONDECORACIONES AL INSTITUTO MÉDICO “SUCRE”**

**PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE BOLIVIA**  
“CONDOR DE LOS ANDES” GRADO DE COMENDADOR MEDALLA DE ORO  
**HONORABLE SENADO NACIONAL**  
“BANDERA DE ORO” MEDALLA DE ORO  
**MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Y CULTO**  
GRAN MAESTRE DE LA ORDEN “SIMÓN BOLIVAR” GRAN CRUZ MEDALLA DE ORO  
**PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA**  
ORDEN CIVIL DE LOS LIBERTADORES “GRAN CRUZ” MEDALLA DE ORO  
**HONORABLE ALCALDÍA MUNICIPAL DE SUCRE**  
“JUANA AZURDUY DE PADILLA” MEDALLA DE ORO  
**FUNDACIÓN “MANUEL VICENTE BALLIVÍAN”**  
MEDALLA DE ORO Y DIPLOMA DE HONOR  
**UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA**  
PLACA DE RECONOCIMIENTO  
**COLEGIO MEDICO DE BOLIVIA**  
PLACA DE RECONOCIMIENTO  
**COLEGIO MEDICO DEPARTAMENTAL DE CHUQUISACA**  
PLACA DE RECONOCIMIENTO  
**SOCIEDAD BOLIVIANA DE CIRUGÍA CAPITULO SUCRE**  
PLACA DE RECONOCIMIENTO



**Fundada en el mes de marzo de 1905**

**Decana de las Revistas Médicas de Bolivia**

Volumen LXXIX julio - diciembre 2013 N° 142

Rev. Inst. Méd. "Sucre"

SUCRE

CAPITAL CONSTITUCIONAL DE BOLIVIA

**FUNDADOR**

Dr. Manuel Cuéllar Fernández

**EDITOR**

Dr. José Luis Pérez Chacón Heredia

**COMITÉ EDITORIAL**

Dr. Alfonso Gamarra Durana

Dr. Mario Padilla Echalar

Dr. Pedro Ledezma Miranda

Dr. Rolando Achá Gutiérrez

Dr. Gregorio Valda Ameller

Dr. Felipe Costales Fernández

**INSTITUTO MÉDICO "SUCRE"**

**PRESIDENTE**

Dr. Zacarías Crespo Villegas

**VICE PRESIDENTE**

Dr. Freddy Magariños Iraola

**SECRETARIO GENERAL**

Dr. Gonzalo Villafani Gómez

**TESORERO**

Dr. Jorge Carrasco Fernández

**PRIMER VOCAL**

Dr. Freddy Echevarría Cueto

**SEGUNDO VOCAL**

Dra. María Eugenia López Paravicini

**TERCER VOCAL**

Dr. Carlos Pacheco Tapia

**ASESOR JURÍDICO**

Abog. MSc. J. Martín Echevarría C.

**SECRETARIA**

Ma. del Pilar Quezada D. de Rendón

**SUMARIO**

**Página**

**EDITORIAL**

Importancia de la producción local en publicaciones biomédicas

*Dr. José Luis Pérez Chacón Heredia* ..... 7

**ARTICULOS ORIGINALES**

Nifedipino versus Ritodrina en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro

*Dra. Judith Bustillo Alarcón*

*Dra. Naddya Martínez Ríos*

*Dra. Norma Bustillo Alarcón* ..... 9

Aspectos psicosociales de la anticoncepción en pacientes con trastornos mentales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Gregorio Pacheco"

*Dra. Francisca Luque Contreras.*

*Dra. Marlene Castro Salanova* ..... 14

Estadística de patologías tumorales en la región maxilofacial en el Instituto Universitario de Anatomía Patológica. 2000 a 2010

*Dr. Daniel Llanos Fernández*

*Dr. Huáscar Aillón*

*Dra. Stefany Muguertegui* ..... 19

## JEFES DE DEPARTAMENTO

### Revista

Dr. José Luis Perez Chacón Heredia

### Biblioteca

Dr. Mario Padilla Echalar  
Dr. Rolando Achá Gutierrez

### Museos

#### Anatomía Normal y Patología

Dr. Pedro Ledezma Miranda  
Dr. Gregorio Valda Ameller

#### Historia Natural y Antropología

Dr. José Luis Chavarria Ruiz  
Dr. Gonzalo Villafani Gomez

#### Mineralogía y Paleontología

Dr. Felipe Costales Fernández

#### Educación Médica Continuada

Dr. Freddy Magariños Iraola  
Dra. María Eugenia López Paravicini  
Dr. Ramiro Villafani Gómez  
Dr. Wálter Medina Delgadillo  
Dr. Javier Arduz Arduz

#### Control y Vigilancia del Patrimonio del Instituto Médico “Sucre”

Dr. Carlos Sauma Zankis

## SOCIOS FUNDADORES

Dr. Valentín Abecia Aillón  
Dr. Manuel Cuéllar Fernández  
Dr. Gerardo Vaca Guzmán  
Dr. José Cupertino Arteaga  
Dr. Ángel Ponce

## SOCIOS EMERITOS

Dr. Juan Hayes Villarroel  
Dr. Gonzalo Virreira Reyes  
Dr. Alberto Aguirre Sandoval  
Dr. Alberto Kawano Nakamura  
Dr. Carlos Torricos Teran  
Dra. Dora Martinic Morales

Incidencia de parto prematuro en el Hospital “San Pedro Claver” durante los años 2008-2011

*Dra. Judith Bustillo Alarcón* ..... 23

## DATOS CLINICOS

Intoxicacion aguda por energizantes: taurina. Presentacion de un caso clinico

*Dr: Boris Arancibia Andrade*

*Dra.: Leny Claudia Salguero Arcienega* ..... 29

Mioma uterino y embarazo

*Dr. Gonzalo Virreira Prout*

*Dr. Nestor Padilla Soliz*

*Dr. Juan Martinez*

*Dr. Alvaro Rodriguez Herrera* ..... 33

Intoxicacion severa por mordedura de ofidio (especie crotalus), complicada con insuficiencia renal aguda por rabdomiolisis, evolucion y pronóstico. Presentacion de un caso

*Dr. Boris Arancibia Andrade*

*Dr.: Oscar Estrada Vedia*

*Dr: Johnny Romero Ibarra*

*Dr: Freddy Carvajal Urquidi* ..... 37

Hijo de madre Diabética “H.M.D.”

*Dr. Jose Chavarria R.*

*Dra. Doris A. Rodriguez C.*

*Dra. Marlene Pallares*

*Dra. Verónica Gutiérrez A.* ..... 44

## HISTORIA DE LA MEDICINA

Aspectos médico legales en anestesia

*Dr. Zacarias Crespo Villegas*..... 46

## ARTICULO DE REVISION

Aborto – historia – estado actual

*Dr. Carlos Pacheco Tapia*..... 52

## SOCIOS ACTIVOS

(Orden cronológico  
de incorporación)

1. Dra. Gladys C. de Valda
2. Dr. Mario Padilla E.
3. Dr. Roberto Muñoz V.G.
4. Dra. Emma E. de Kawano
5. Dr. Freddy Echevarría C.
6. Dr. Zacarías Crespo V.
7. Dr. Enrique Azurduy V.
8. Dr. Edgar Hochstätter H.
9. Dr. Jorge Carrasco F.
10. Dr. Ramiro Villafani G.
11. Dr. Dorian Gorena U.
12. Dr. Gonzalo Virreira P.
13. Dr. Gonzalo Villafani G.
14. Dr. Wálter Medina D.
15. Dr. Wálter Arteaga C. (Ausente)
16. Dr. Raúl Araujo R.
17. Dr. Felipe Costales F.
18. Dr. David Gardezabal V.
19. Dra. Ma. Eugenia López P.
20. Dr. Freddy Magariños I.
21. Dr. Jose Luis Pérez Chacón H.
22. Dr. Ricardo Sfeir B. (Ausente)
23. Dr. Pedro Ledezma M.
24. Dra. Raquel Moreno L.
25. Dr. Carlos Sauma Z.
26. Dr. Mario A. Rivera D. (Ausente)
27. Dr. Carlos Pacheco T.
28. Dr. Jorge Serrano M. (Ausente)
29. Dr. Juan Pablo Hayes D. (Ausente)
30. Dr. Rolando Acha Gutierrez
31. Dr. Javier Arduz Arduz
32. Dr. Herbet Hamel Céspedes
33. Dr. José Luis Chavarría Ruiz
34. Dr. Gregorio Valda Ameller
35. Dra. Scarley Martinez Perez
36. Dra. Fabiola Ramallo Jadue
37. Dra. Rosario Sánchez Sea
38. Dr. Marcelo Sandi Vargas

## SOCIOS CORRESPONDIENTES

Dr. Alfonso Gamarra D. (Cbba.)  
Dr. Rolando Costa Arduz (La Paz)  
Dr. Ezequiel Fragoso (México)  
Dr. Jaime Gómez González (USA)

Expediente clínico y otros documentos medicolegales.

*Dr. Hugo Eduardo Carvajal Oviedo.*

*Abog. Verónica Poppe Mujica.*

*Dr. Wilfredo Felipe Campos Villegas ..... 59*

Alteraciones en la conducta de niños y adolescentes como consecuencia del abandono en el Hogar Mallorca de la ciudad de Sucre. Gestión 2012- 2013

*Dra. Maria Eugenia Lopez Paravicini ..... 70*

## IN MEMORIAN

La obra de un gran maestro.

Profesor Jaime Rios Dalenz

*Dr. Germán Palenque Rocabado ..... 78*

**CRONICAS** ..... 85

**INFORMACION A LOS AUTORES** ..... 87

La Revista el Instituto Médico "Sucre" se halla indexada en el proyecto "Scielo" de B.I.R.E.M.E. Biblioteca Virtual en Salud Pública y Temática, a partir del lanzamiento oficial en el mes de agosto del 2005

<http://saludpublica.bvsp.org.bo/>

Indexada en el "índice de Revistas Biomédicas Latinoamericanas" (imbiomed) ([www.imbiomed.com.mx](http://www.imbiomed.com.mx))

Registrada en "indexmedico" ([www.indexmedico.com](http://www.indexmedico.com))

También se halla afiliada a la Asociación Latinoamericana de Revistas. La Revista del Instituto Médico "Sucre" acepta la publicación de trabajos originales e inéditos de cualquier especialidad médica, odontológica o bioquímica farmacéutica.

Se prohíbe la reproducción parcial o total de los artículos sin previa autorización escrita.

El Editor y el Comité Editorial no se hacen responsables de las opiniones vertidas por el (los) autor (es).

Dirigirse a:

"Revista del Instituto Médico Sucre"

Apartado Postal N° 82 Fax - Telf: (591) - 4-6442909

E. mail: [inmedsuc@yahoo.com](mailto:inmedsuc@yahoo.com)

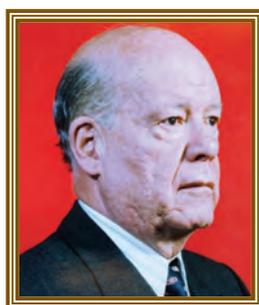
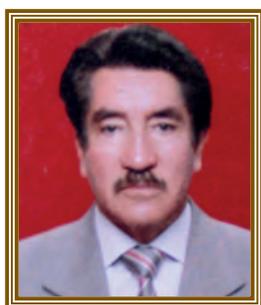
Sucre - Bolivia

## MESA DIRECTIVA DEL INSTITUTO MEDICO SUCRE GESTION FEBRERO 2013 - 2015



*De pie de izq. a der.: Dr. Gonzalo Villafani G. Secretario, Dra. Ma. Eugenia López P. Segundo Vocal, Dr. Freddy Echevarria C. Primer Vocal, Dr. Carlos Pacheco T. Tercer Vocal, Dr. Freddy Magariños I. Vice Presidente, Dr. Zacarías Crespo Villegas. Presidente, Dr. Jorge Carrasco F. Tesorero.*

## COMITE EDITORIAL GESTION FEBRERO 2013 - 2015



*Arriba de izq. a der.: Dr. José Luis Pérez Chacón Heredia. Editor; Dr. Alfonso Gamarra Durana; Dr. Mario Padilla Echalar.*

*Abajo de izq. a der.: Dr. Pedro Ledezma Miranda; Dr. Rolando Achá Gutiérrez; Dr. Gregorio Valda Ameller; Dr. Felipe Costales Fernández.*

# Editorial

## **IMPORTANCIA DE LA PRODUCCIÓN LOCAL EN PUBLICACIONES BIOMÉDICAS**

**Dr. José Luis Perez Chacón Heredia**  
*Editor*

*Uno de los objetivos de las publicaciones biomédicas es comunicar los resultados de la ciencia lo antes posible para que ésta crezca y genere nuevos conocimientos, esta comunicación debe ser sostenida y fluida entre los investigadores de manera que se genere un diálogo entre pares ubicados en la misma o distintas latitudes, no deja de ser importante el hecho de servir como medio para preservar el conocimiento y certificar la calidad de la investigación, medio indirecto para la evaluación de la actividad investigadora, y de esta manera reducir la variabilidad de la práctica clínica en función de la producción científica y tecnológica actuales y sus resultados de la mejor manera posible y con la mayor evidencia disponible.*

*Por tanto la importancia de una producción local de ciencia biomédica y su difusión en publicaciones biomédicas es fundamental para la pertinencia de las investigaciones realizadas y publicadas y su posterior aplicación práctica, de donde resulta fundamental pensar que publicaciones locales que reflejen estudios locales son vistas como más pertinentes por los usuarios de las revistas biomédicas, lo que se traduciría en una mayor disposición a adoptar mejores prácticas validadas por la evidencia.*

*Guindon(2010) en las investigaciones realizadas respecto a la producción científica y su difusión, sostiene que las investigaciones localmente realizadas y localmente publicadas se correlacionan con un mayor grado de adherencia por parte de los profesionales de la salud de países de nivel emergente.*

*Dado que los países emergentes tienen una baja proporción de publicaciones locales, los profesionales de la salud deben recurrir para ampliar conocimientos o actualizarlos a las publicaciones biomédicas de primer mundo, donde no necesariamente encontrarán información suficientemente pertinente como para inducir un cambio de conducta profesional médica clínica o quirúrgica. Page en el estudio metacéntrico que realizó, encontró que, con excepción de Egipto, en el resto de los países estudiados China, Tailandia, India y Kenia, los profesionales indicaron que serían más propensos a modificar una conducta clínica si la evidencia proviniera de un estudio realizado y publicado localmente.*

*Las razones que explican por qué los países en vías de desarrollo tienen poca presencia en la literatura médica son diversas, y entre éstas, resaltan algunas que vale la pena mencionar, Sumathipala (2008) resume correctamente los principales factores que inciden sobre la escasa representación de los países menos aventajados en la comunicación biomédica mundial. Entre los obstáculos que impiden una mayor producción local señala, la escasez de fondos para financiar investigación local, instalaciones científicas y sanitarias precarias, poca formación en metodología de la investigación, sobrecarga asistencial, falta de práctica en la preparación de manuscritos, temor al rechazo de artículos enviados a revistas de mayor impacto, y agendas contradictorias de las entidades financiadoras con los reales intereses de los investigadores.*

*Efectivamente existe una correlación positiva entre menor nivel de desarrollo de un país y la menor posibilidad de publicación de los trabajos en revistas de alto impacto, lo que se explicaría por el sesgo editorial y la autoinhibición de los autores de tercer mundo de enviar sus trabajos a esas revistas. La condición competitiva de los países tiene una correlación demostrada con el nivel de productividad científica, que a su vez se mide en número de artículos publicados en revistas.*

*Los países desarrollados invierten más en investigación y desarrollo, sin embargo, es preciso señalar que las revistas que publican los resultados de esa producción científica, también deberían hacerse cargo de que su propio éxito. En otras palabras, la publicación biomédica mundial se concentra en los países que más investigan, que a su vez son los países de mayor desarrollo económico y riqueza, produciéndose una recirculación de capital científico que no beneficia a los países en vías de desarrollo, cuyas temáticas y necesidades de conocimiento no quedan debidamente cubiertas.*

*En consecuencia resulta clave fomentar una mayor productividad científica de los países en desarrollo, que se traduzca no sólo en financiar investigaciones mediante concursos, sino también en fortalecer las capacidades locales para publicar los resultados de estos estudios en idioma local, pero también con traducción al inglés. El idioma local aumentará la pertinencia y replicabilidad de los estudios, y el idioma inglés permitirá que las publicaciones puedan ser citadas con mayor facilidad por la comunidad científica internacional.*

# Artículos Originales

## NIFEDIPINO VERSUS RITODRINA EN EL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

**Dra. Judith Bustillo Alarcón**

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver , Sucre- Bolivia

**Dra. Naddya Martínez Ríos**

Residente III año Ginecología-Obstetricia Hospital San Pedro Claver , Sucre - Bolivia

**Dra. Norma Bustillo Alarcón**

Médico General

---

**Palabras Clave:** Tocólisis en parto prematuro. Nifedipino. Ritodrina.

**Key Words:** Tocolysis in preterm labour. Nifedipine. Ritodrine.

---

### RESUMEN

Estudios efectuados a nivel mundial señalan que el Nifedipino es el tocolítico de primera elección para la amenaza de parto prematuro, por la escasez de efectos adversos, de administración oral y bajo costo.

Se realizó un estudio comparativo entre dos fármacos (Nifedipino y Ritodrina) medicados a pacientes con amenaza de parto prematuro entre 28 y 36 semanas, en el Hospital San Pedro Claver durante las gestiones 2011 y 2013, con el objetivo de comparar la eficacia, seguridad y la tolerancia del Nifedipino y la

Ritodrina en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro. El 100% de pacientes del grupo Nifedipino no presentaron efectos adversos al fármaco, mientras que el 50% del grupo de Ritodrina presentaron efectos colaterales. Se encontró que el tiempo de inhibición de la dinámica uterina fue precoz para el Nifedipino en relación al grupo Ritodrina; sin embargo la proporción de mujeres que dieron a luz después de las 48 horas de iniciado el tratamiento fue proporcional en ambos grupos.

### SUMMARY

Studies conducted worldwide indicate that Nifedipine is the first choice tocolytic for preterm labor , the lack of adverse effects of oral administration and low cost.

A comparative study of two drugs (Nifedipine and Ritodrine) medicated patients with preterm labor between 28 and 36 weeks in the San Pedro Claver Hospital during 2011 and 2013 efforts, with the aim of comparing the efficacy, safety was performed and 100% of patients in the nifedipine group showed no adverse effects, while 50 % Ritodrine group

had side effects. We found that the inhibition time was premature uterine contractions for Nifedipine regarding Ritodrine; however the proportion of women who gave birth after 48 hours of starting treatment was proportional in both groups.

## INTRODUCCION

El parto prematuro es un problema obstétrico común. La incidencia mundial se calcula en 7 a 9% de los embarazos y es causa de tres cuartas partes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos (1,2)

El objetivo principal de la administración de un agente tocolítico es el retraso del parto de al menos 48 horas, con el fin de administrar a la gestante los corticoides para inducir la maduración pulmonar fetal, necesarios para mejorar el pronóstico de los recién nacidos con prematuridad. Se emplea diversas drogas tocolíticas que han mostrado eficacia para detener las contracciones uterinas: Betamiméticos (Ritodrina), Antagonistas de los canales de Ca<sup>++</sup> (Nifedipino) y Antagonistas de la Oxitocina (Atosiban). (3,4)

Los Betamiméticos han sido los más empleados en la práctica clínica, pero tienen muchos efectos secundarios. Por vía oral, la Ritodrina se absorbe con rapidez, pero de manera incompleta (30%) y por la vía intravenosa, se excreta sin cambios alrededor del 50%. (5) Aunque ellos han demostrado retrasar el parto 24-48 horas, no han demostrado mejorar el resultado neonatal y tienen gran cantidad de efectos secundarios maternos, incluso mortales. (6,7)

El Nifedipino es un fármaco administrado por vía oral y sublingual, es rápidamente absorbida por el tracto gastrointestinal alcanzando niveles detectables en sangre a los 5 minutos de la administración sublingual y a los 20 minutos de la administración oral (la concentración plasmática es máxima al cabo de 1 hora). (5)

Diferentes estudios señalan que el uso de Nifedipino para el tratamiento de la amenaza de parto prematuro es más seguro, tanto para la madre como para el recién nacido, que la Ritodrina. (8,9)

El Nifedipino se ha convertido en el

fármaco más comúnmente utilizado en la inhibición del parto prematuro, por mayor superioridad sobre agonistas beta-adrenérgicos en términos de efectos adversos, perfil de toxicidad y, muy importante, por su mayor facilidad de uso. (10)

**Planteamiento del problema:** ¿Cuál es el tocolítico de mayor efectividad y de más bajo efecto colateral, que permita controlar el parto prematuro, evitando así morbilidad perinatal en el Hospital San Pedro Claver?

**Objetivo general:** Comparar la eficacia, seguridad y la tolerancia del Nifedipino y la Ritodrina en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro.

**Objetivos específicos:** - Identificar la edad materna y gestacional de pacientes seleccionadas.

- Establecer la dosis y vía de administración del tocolítico.

- Identificar reacciones adversas al fármaco.
- Determinar el tiempo de inhibición de la dinámica uterina.
- Determinar la proporción de mujeres que dan a luz después de las 48 horas de iniciado el tratamiento.

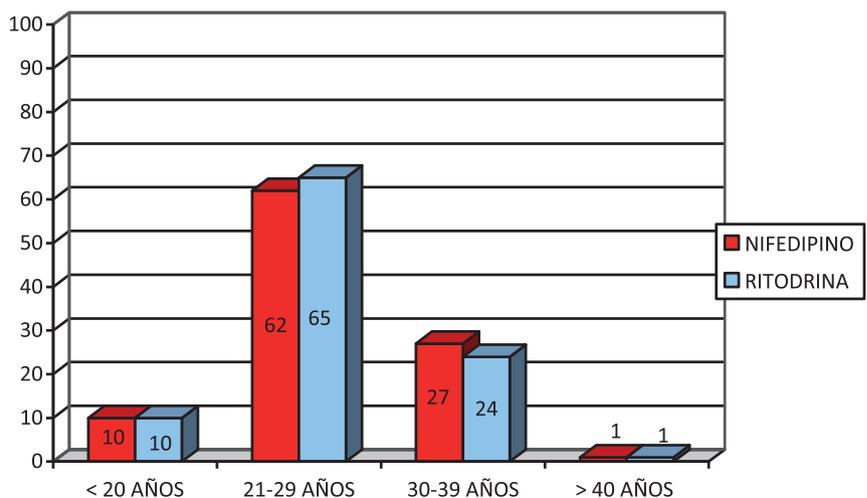
## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio comparativo entre dos fármacos (Nifedipino y Ritodrina) medicados a pacientes con amenaza de parto prematuro entre 28 y 36 semanas, en la maternidad Santa María Soledad del Hospital San Pedro Claver durante 2 gestiones 2011 y 2013, se seleccionó aleatoriamente 100 pacientes con amenaza de parto prematuro medicadas con Ritodrina en la gestión 2011 y 100 pacientes medicadas con Nifedipino en la gestión 2013.

La recolección de datos se realizó en base a la revisión de historias clínicas y libros de registro del Servicio de Obstetricia.

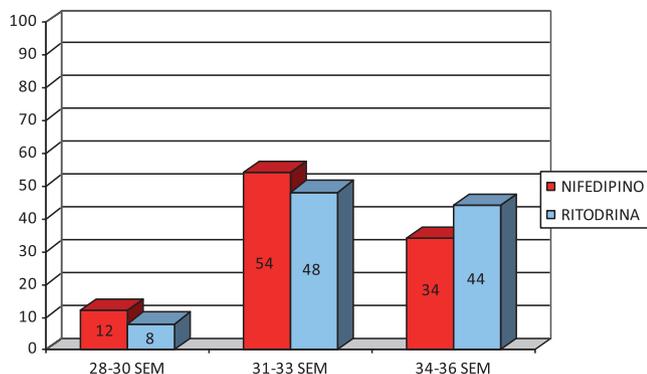
## RESULTADOS

**Nifedipino versus Ritodrina en la Amenaza de parto Prematuro según edad materna**



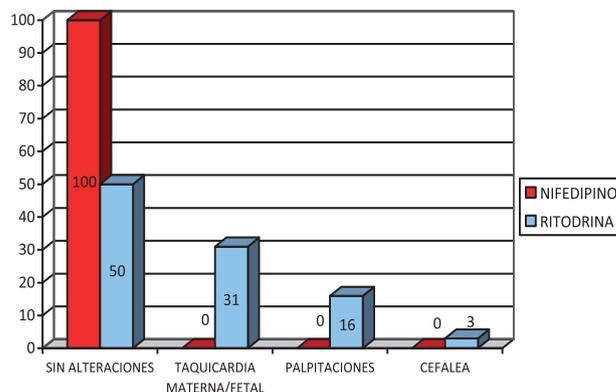
Según la edad, en ambos grupos de pacientes seleccionadas existe mayor incidencia entre los 21-29 años, con 62% para el grupo Nifedipino y 65% para el grupo Ritodrina.

**Nifedipino versus ritodrina en la amenaza de parto prematuro segun edad gestacional**



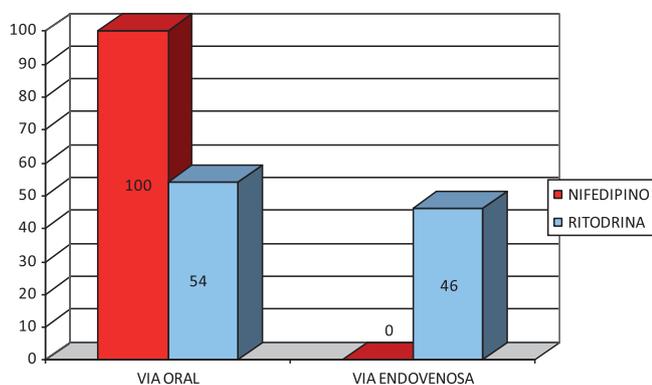
El 54% del grupo medicado con Nifedipino tenían una edad gestacional entre 31-33 semanas, en cambio en el grupo tratado con Ritodrina el 48% cursaba las 31-33 semanas de gestación y de 44% las 34-35 semanas.

**Nifedipino versus ritodrina en la amenaza de parto prematuro segun reaccion adversa al farmaco**



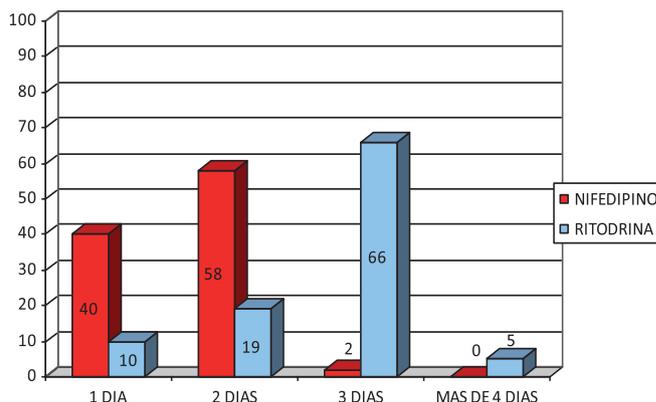
Analizando las reacciones adversas al fármaco, el 100 % de pacientes medicadas con Nifedipino no presentaron alteraciones orgánicas ni variaciones en los signos vitales. Sin embargo, el 50% de pacientes medicadas con Ritodrina no presentaron efectos adversos al fármaco y el otro 50% de pacientes presentó taquicardia materna, taquicardia fetal, palpitaciones y cefalea.

**Nifedipino versus ritodrina en la amenaza de parto prematuro segun dosis y via de administracion**



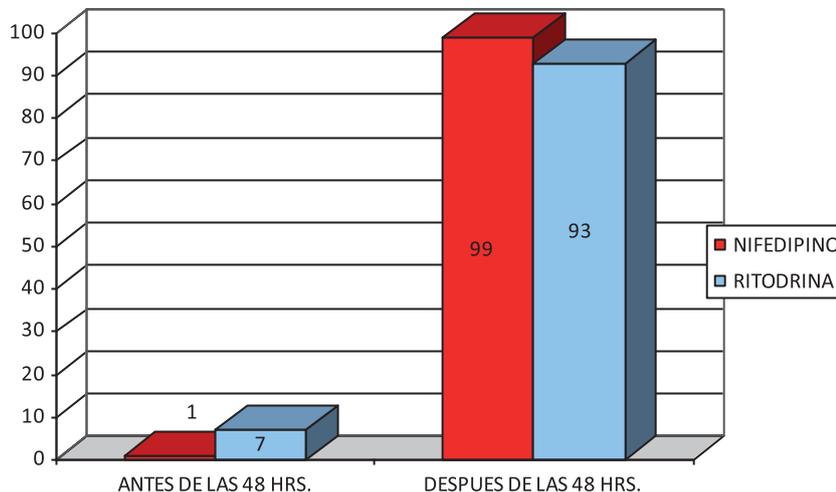
El 100% de pacientes medicados con Nifedipino recibió la dosis de 10 mg. por vía oral; en cambio el grupo de pacientes medicados con Ritodrina por vía oral en dosis de 5 mg. cada 8 hrs. fue de 54 casos (54%) y en 46 casos (46%) se optó por la vía endovenosa a perfusión continua y diluida en 500 cc. de solución glucosada.

**Nifedipino versus ritodrina en la amenaza de parto prematuro segun tiempo de inhibicion de la dinamica uterina**



El tiempo de inhibición de la dinámica uterina tuvo una media entre 1 y 2 días para las pacientes medicadas con Nifedipino y 3 días para aquellas que recibieron Ritodrina.

**Nifedipino versus ritodrina en la amenaza de parto  
Prematuro segun proporcion de mujeres que dan a luz despues  
de las 48 horas de iniciado el tratamiento**



Se evidencia una reducción de mujeres que dan a luz antes de las 24 horas de iniciada la tocólisis en ambos grupos, cabe señalar que en el grupo de pacientes tratadas con Ritodrina 5 gestantes fueron referidas al hospital de tercer nivel y en el grupo de mujeres medicadas con Nifedipino se practicó una cesárea de emergencia por placenta previa. Sin embargo, en ambos grupos de pacientes seleccionadas se pudo postergar el inicio de trabajo de parto por más de 48 horas, con efectos positivos sobre el feto, ya que éste tiempo permitió la utilización de corticoides.

## DISCUSION

El parto pretérmino y sus secuelas a corto y largo plazo constituyen un serio problema en cuanto a mortalidad, discapacidad y costo a la sociedad. Aproximadamente 75% de las muertes perinatales se producen en niños nacidos prematuramente (11)

En lo que respecta al tratamiento de la amenaza de parto prematuro la utilización de tocolíticos se debe asociar siempre a la de corticoides, tiempo suficiente para acelerar la maduración pulmonar fetal, por lo que es necesario contar con un tocolítico efectivo, seguro y con buena tolerancia para obtener los resultados esperados.

Hasta hace poco tiempo, primero en Europa y después en EE.UU. el tocolítico más utilizado fue el Betamimético Ritodrina (2), pero

además hay otros medicamentos cuya capacidad de prolongar la duración del embarazo se ha comprobado en ensayos clínicos controlados frente a placebo u observación sin tratamiento: Indometacina, Atosiban y Nifedipino (8,12). Los Betamiméticos producen retención de sodio y agua, pudiendo generar una sobrecarga de volumen a las 24-48 hrs. de infusión. (13)

King JF, establece que el Nifedipino es un tocolítico efectivo, barato, y puede considerarse tan seguro y efectivo como cualquiera de los tocolíticos disponibles en la actualidad. (14)

Pryde P y colaboradores, consideran que el Nifedipino es el tocolítico de primera elección, tiene el mejor perfil de seguridad maternal y fetal, es el tocolítico mejor tolerado por la madre y es el único tocolítico que ha mostrado

claramente beneficio en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, no simplemente en términos de prolongar el embarazo sino de mejora del resultado perinatal. Los Betamiméticos deben excluirse de la actual lista de tocolíticos. (15)

Tsatasaris V, y colaboradores, concluyeron que el Nifedipino es el más eficaz de los tocolíticos al aumentar de forma significativa la proporción de mujeres con parto después de las 48 h, pasando de 67,5% a 75,4%. Los Betamiméticos producen más efectos secundarios sobre la madre, lo que obliga a detener el tratamiento. Nifedipino mejoran la morbilidad perinatal de forma significativa. (8)

Se detalla una serie de ventajas del Nifedipino sobre la Ritodrina, éstas son cómoda vía de administración oral, mayor prolongación del embarazo, menor incidencia de efectos secundarios maternos y fetales, no produce taquicardia materna ni fetal, por tanto no se enmascara un posible cuadro de corioamnionitis, en especial en la rotura prematura de membranas, no afecta el gasto cardiaco materno, no hay riesgo de edema agudo de pulmón (entre las muertes maternas producidas por los Betamiméticos hay un incremento en la incidencia en embarazos múltiples, por tanto sería el de elección en embarazos múltiples), ausencia de efectos secundarios sobre el metabolismo hidrocarbonado, por tanto sería una buena alternativa en caso de amenaza de parto prematuro en pacientes diabéticas. (13)

Se dispone de una revisión de Cochrane King JF y colaboradores (9), meta-análisis que incluyó 11 estudios controlados y randomizados (870 mujeres), comparativos con otros agentes tocolíticos principalmente con los Betamiméticos. Llegaron a la siguiente conclusión: Como inconveniente se expone, que sería necesaria más investigación para conocer los efectos de las diferentes dosis de Nifedipino sobre el resultado materno y neonatal y aclarar sus potenciales riesgos maternos o fetales debido a que la relajación del

músculo liso producida por el Nifedipino no se limita al músculo uterino, sino que incluye a la vasculatura sistémica y la uterina. El descenso de la resistencia vascular inducida por Nifedipino podría conducir a hipotensión materna y por lo tanto a disminución de la perfusión útero-placentaria. (16)

### CONCLUSIONES

- En el presente estudio comparativo entre 2 fármacos tocolíticos, Nifedipino y Ritodrina, medicados a pacientes con amenaza de parto prematuro entre las 28 y 36 semanas en la maternidad Santa María Soledad del Hospital San Pedro Claver durante 2 gestiones 2011 y 2013, se encontró una excelente tolerabilidad oral en el 100% de pacientes que recibieron Nifedipino, mientras que el 50% del grupo de pacientes medicados con Ritodrina tuvieron efectos colaterales como taquicardia materna y fetal, palpitaciones y cefalea, especialmente en aquel grupo de pacientes que recibieron el fármaco por vía endovenosa.
- El tiempo de inhibición de la dinámica uterina fue efectiva e inmediata hasta las 48 horas de internación para el Nifedipino en relación con Ritodrina que fue de 3 días.
- La proporción de mujeres que dieron a luz después de las 48 horas de iniciado el tratamiento fue proporcional en ambos grupos comparativos, lo que demuestra la efectividad tocolítica de ambos fármacos en postergar el parto por más de 48 hrs. proporcionando seguridad al binomio madre - niño, mejorando el pronóstico de los recién nacidos prematuros.
- El tiempo que las pacientes permanecieron internadas en ambos grupos, no sobrepasó las 72 hrs en la gran mayoría de los casos, tiempo suficiente para efectuar la administración de corticoides.
- No se pudo determinar una relación entre la edad materna avanzada y la amenaza de parto prematuro.

### RECOMENDACIONES

- Considerar el tratamiento tocolítico en la amenaza de parto prematuro en base a Nifedipino por la mejor tolerabilidad, rapidez de acción, bajo costo y fácil administración.
- Diagnosticar precozmente durante los controles prenatales factores de riesgo de parto prematuro.
- Efectuar simultáneamente tocólisis y maduración pulmonar, con el fin de evitar morbilidad y mortalidad perinatal.
- Identificar oportunamente efectos adversos al tocolítico utilizado.
- Brindar apoyo psicológico a las gestantes, con el fin de minimizar el estrés, que repercute en el bienestar fetal.

### BIBLIOGRAFIA

1. MILES J, NOVY MD, JANES A, MC. GREGOR CM, JAYD L. Nuevas perspectivas en la prevención de la prematuridad extrema. *Rev Clin Ginecol Obstet* 1995; 4:761-73.
2. FERRANDO JM, GALLO JM, CHALO MO, GONZALES. Resultados perinatales del parto pretérmino en cefálica. *Toko-Gin Pract* 1992; 51(8):387-94.
3. PAPANSONIS, D. FLENADY, V. COLE, S. LILEY, H. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. [Protocol] *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2005.
4. VAN GEIJN HP, LENGLET JE, BOLTE AC. Nifedipine trials: effectiveness and safety aspects. *BJOG* 2005; 112 Suppl 1:79-83.
5. SCHWARCZ RL, DUVERGES CA, DIAZ AG, FESCINA RH. Parto prematuro. *Obstetricia*. 5ª edición. Buenos Aires. 1995:218-28.
6. GUGLU S, et al. The short-term effect of nifedipine tocolysis on placental, fetal cerebral and atrioventricular Doppler waveforms. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2004; 24:761-5.
7. HODGES R, BARKEHALL-THOMAS A, TIPPETT C. Maternal hypoxia associated with nifedipine for threatened preterm labour. *BJOG* 2004; 111:30-1.
8. TSATSARIS V, PAPANSONIS D, GOFFINET F, DEKKER G, CARBONNE B. Tocolysis with nifedipine or beta-adrenergic agonists: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2001; 97: 840-7.
9. KING JF, FLENADY VJ, PAPANSONIS DNM, DEKKER GA, CARBONNE B. Bloqueadores de los canales de calcio para la inhibición del trabajo de parto prematuro (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
10. JEYABALAN A., et al. Pharmacologic Inhibition of Preterm labour. *Clin Obst Gynecol* 2002; 45(1):99-113.
11. SLATTERY MM., MORRISON JJ. Preterm delivery. *Lancet* 2002; 360:1489-97.
12. ABRAMOV Y, NADJARI M, Weinstein D, Ben-Shachar I, Plotkin V, Ezra Y. Indomethacin for preterm labor: a randomized comparison of vaginal and rectal-oral routes. *Obstet Gynecol*. 2000; 95: 482-6.
13. FERGUSON JE, DYSON DC, SHULTZ T, Stevenson DK. A comparison of tocolysis with nifedipine or ritodrine: Analysis of efficacy and maternal, fetal and neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:105-111.
14. KING JF. Tocolysis and preterm labour. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16:459-463.
15. Pryde P et al. *Expert Opin Drug Saft* 2004.
16. Cunningham G F et al. Parto pretérmino. En: *Williams. Obstetricia* 21ª edición, 592-623, 2001.

## ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ANTICONCEPCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "GREGORIO PACHECO"

**Dra. Francisca Luque Contreras.**

Médico Salubrista, Sucre-Bolivia

**Dra. Marlene Castro Salanova**

Médico Psiquiatra, Instituto Nacional de Psiquiatría "Gregorio Pacheco", Sucre - Bolivia

**Palabras claves:** Anticoncepción, trastorno mental.

**Key words:** Contracepcion, mental disorder.

### RESUMEN

El interés de la investigación surge de la necesidad de conocer los aspectos psicológicos y sociales de la anticoncepción en pacientes con trastorno mental, en edad reproductiva.

Determinar los aspectos psicosociales de la anticoncepción en pacientes con trastornos mentales del Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco, durante las gestiones 2012 y 2013.

Estudio descriptivo observacional, analítico y transversal con enfoque cuantitativo. La información se recolectó de datos obtenidos del expediente clínico.

La población de estudio, son 57 pacientes, con diagnóstico de enfermedad mental, en edad fértil comprendida entre los 15 a 49 años. Para el análisis de la información se establece una desviación estándar del 0,3 %. Además se tomó en cuenta las normas de bioética.

En relación a la edad está comprendida entre 26 y 35 años con 50,9 %, procedentes del área urbana de Sucre 52,6 %. Respecto a la variable escolaridad 47% corresponden a primaria.

En cuanto al diagnóstico 45,6 % corresponde entre F20 (Esquizofrenia) y F29 (Psicosis no orgánica sin especificación).

En cuanto a la terapia farmacológica es combinada en 85,7 % y en relación al soporte familiar el 94,7 % es inadecuada.

El 24,6 % presentan antecedentes de abuso sexual. El 91 % no usa método anticonceptivo.

El 48% tienen hijos, mismos que viven con ambos padres y/o familia extensa.

### SUMMARY

The research interest from the need to understand the psychological and social aspects of contraception in patients with mental disorders, reproductive age.

Determine the psychosocial aspects of contraception in patients with mental disorders from the National Institute of Psychiatry Gregorio Pacheco, during 2012 and 2013 efforts.

Observational, analytical and cross-sectional descriptive study with a quantitative approach. The information was collected from data extracted from the medical record.

The study population are 57 patients with a diagnosis of mental illness, childbearing age between 15 to 49 years. To analyze the information one standard deviation of 0.3% is established. Furthermore, taking into account the rules of bioethics.

In relation to age is between 26 and 35 with 50.9 %, from the urban area of Sucre 52.6 % in terms of marital status 66 % are single.

Regarding the diagnosis 45,6 % are between F20 (schizophrenia) and F29 (unspecified nonorganic psychosis).

As for combination drug therapy is 85.7 % and with respect to the relative support is inadequate 94.7%.

24.6% have a history of sexual abuse. 91% do not use birth control.

48% have children, pampering living with both parents and / or extended family

### INTRODUCCIÓN

El interés de la investigación surge de la necesidad de conocer las connotaciones sociales y psicológicas de la anticoncepción en pacientes con enfermedad mental, en edad reproductiva, por lo que se realiza un recorrido bibliográfico de estudios e investigaciones, que presentamos a continuación.

La enfermedad mental ha sufrido los cambios de nuestra historia, desde sus primeras concepciones hasta el concepto que tenemos en nuestra sociedad. (Ortega 2011)

Ser mujer y padecer malestares psíquicos constituye un conjunto altamente estigmatizante social y culturalmente. Incorporarle a esta diada las variables de "sexualidad y maternidad", significa abrir un extenso abanico de interrogantes, dudas y prejuicios. Existen ciertas representaciones, creencias, valores y opiniones sostenidas tanto desde los equipos técnicos profesionales dedicados a la Salud sexual y reproductiva como por parte de las propias usuarias, que toman dificultoso el acceso a los servicios especializados. Por tal motivo, estas mujeres quedan expuestas a mayor vulnerabilidad en cuanto a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual,

violencia sexual, embarazos no deseados o embarazos muy riesgosos en función del tratamiento psicofarmacológico que vienen recibiendo en determinados períodos. Así mismo, en ocasiones, se observa cierto temor por parte de los equipos de salud en cuestiones específicas como por ejemplo la indicación de métodos anticonceptivos por motivos judiciales, que suele tener como consecuencia embarazos, deseados o no, pero que ocurren en el marco de relaciones familiares muy complejas que terminan en tempranas desvinculaciones madre-hijo/a. (Memorias 2012)

Por, otro lado, encontramos que las personas con enfermedad mental, adecuadamente tratadas, pueden desarrollar una vida normal, establecer una relación de pareja y familia e integrarse a la comunidad. Otras, sin embargo, no logran estos niveles de recuperación e integración y para ellas se requiere que sean reconocidos sus derechos y necesidades, a fin de proporcionar protecciones adecuadas, potenciar su recuperación y facilitar su integración a la comunidad. (Gómez 2009)

Por lo antedicho, tanto médicos, padres y personas a cargo de ellas, deben conocer las opciones anticonceptivas, normativas y principios éticos para determinar que alternativa terapéutica es la más beneficiosa para el paciente.

Tomando en cuenta siempre, los aspectos bioéticos, que considera que todo tratamiento debe integrar cuatro principios fundamentales: no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.

De especial relevancia son los efectos que esta puede tener sobre la autonomía, aprendizaje, capacidad para establecer relaciones afectivas y sociales sanas, ejercer la sexualidad, la relación en pareja, la maternidad y el cuidado de los hijos con las responsabilidades que ellas implican. (Varas 2010)

Sumado a lo anterior, los efectos de la enfermedad mental tomado como discapacidad, además la estigmatización y marginación social, condicionan una mayor vulnerabilidad, discriminación y abandono social. Por tales motivos, la legislación internacional ha puesto énfasis en la protección de los derechos y el acceso e igualdad de oportunidades para estas personas. (Luque 2012)

Es por ello, que cuando hablamos, del ejercicio de la sexualidad en Personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente (PEMGP) son aspectos fundamentales en su vida, como los son para el resto de seres humanos, sin embargo la existencia de intervenciones diseñadas para abordar estas áreas desde los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial se limitan a educación sexual reducida a prevención de enfermedades de transmisión sexual y efectos secundarios de la farmacología, si bien como indica la OMS en 1975 "la noción de salud sexual implica un acercamiento positivo a la sexualidad humana, y el propósito del cuidado de la salud sexual debe ser el mejoramiento de la vida y las relaciones personales, y no meramente la consejería y el cuidado relacionado con la reproducción o las enfermedades sexualmente transmitidas". (Tello, Clares; 2013)

La sexualidad es definida por la OMS en 2006 como "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales". (Tello, Clares; 2013)

En el abordaje bibliográfico referido a la sexualidad en Bolivia, está enfocada sobre todo al aspecto de promoción dirigida a adolescentes, mujeres en edad fértil entre comillas normales, y no a mujeres en edad fértil con enfermedad mental, es decir, no se cuenta con protocolos, ni normas claras, que permitan el abordaje en este tema en particular, al contrario nos quedamos con la interrogante ¿Quién decide?.

### DISEÑO METODOLOGICO

Estudio descriptivo observacional, analítico y transversal con enfoque cuantitativo. El tipo de investigación posibilitó la recolección de datos, en un único instante de tiempo, permitiendo obtener una visión al respecto de las connotaciones psicosociales de la anticoncepción en pacientes egresadas del INPGP.

El estudio se realizó en el INPGP, de la ciudad de Sucre, a través de la recolección de datos, extraídas del expediente clínico de las gestiones 2012 y 2013.

La población de estudio, son 57 pacientes, con diagnóstico de enfermedad mental, en edad fértil comprendida entre los 15 a 49 años, con inicio de vida sexual. No se establece la muestra por el número reducido de la población, al contrario se trabaja con el total. Para ello se establece una desviación estándar del 0,3 %. Y para el análisis de datos se utiliza paquetes estadísticos. Y para la sistematización del diagnóstico de trastornos mentales, se hace el uso del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales y del Comportamiento - Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. (OMS-CIE 2010)

Es importante recalcar que se respetó las normas de bioéticas para este tipo de estudios y por las características de las pacientes.

### RESULTADOS

El análisis y la presentación de los resultados que mostraremos a continuación son:

Los resultados sociodemográficos: en relación a la edad; 29 pacientes (50,9 %) corresponden a la edad comprendida entre 26 y 35 años, seguida de 18 pacientes (31,6 %) que corresponden entre 15 y 25 años. Resultados que llaman la atención ya que corresponden a la edad más productiva de la mujer, por otro lado la edad de presentación de la enfermedad mental, hechos que son alarmantes, cuando se trata de pacientes que son madres.

En relación a la procedencia, 30 pacientes (52,6%) corresponden al área urbana, que continua con 14 pacientes (24,6 %) pertenecen a otros departamentos. Resultados que nos muestran dos

**Tabla 1**  
**Distribución del número de pacientes egresadas, con enfermedad mental en relación a los datos sociodemográficos.**

VARIABLE	N	%
<b>Edad (n=57)</b>		
15 a 25	18	31,6
26 a 35	29	50,9
36 a 49	10	17,5
<b>Procedencia (n=57)</b>		
Rural	13	22,8
Urbano	30	52,6
Otros dpto.	14	24,6
<b>Estado civil (n=56)</b>		
Soltera	37	66,1
Casada / Concubina	14	25,0
Divorciada	2	3,6
Otro	3	5,4
<b>Grado de Instrucción (n=57)</b>		
Primaria	27	47,4
Secundaria	21	36,8
Superior	5	8,8
Analfabeta	4	7,0
<b>Religión (n=56)</b>		
Católica	39	69,6
Evangélica	16	28,6
otros	1	1,8

Fuente: Matriz de recolección de datos, de los expedientes clínicos gestión 2012 y 2013.

aspectos importantes: uno que se tienen que trabajar de forma integral con pacientes externadas procedentes del área urbana y dos trabajar en un sistema de referencia en pacientes que vienen del interior del departamento.

El resultado obtenido respecto a las variables estado civil: 37 pacientes (66%) son solteras y 14 pacientes (25%) son concubinas o casadas. Respecto a la variable escolaridad; 27 pacientes (47%) corresponden a primaria y 21 pacientes (36,8 %) corresponde a secundaria.

La relación de la distribución del número de pacientes egresadas con enfermedad mental y curso natural de la enfermedad se tomaron las siguientes variables, cuyos resultados son: 43 pacientes (75,4 %) ingresaron a la institución, mismas que fueron egresadas y acudieron a controles en dos oportunidades como promedio. Y 11 pacientes (19,3 %) reingresaron a la institución en un promedio de 2 oportunidades, por reagudización del cuadro mental, atribuido a la causalidad de: falta de dinero para continuar con el tratamiento, se sentía mejor, no tenía quien la apoye, y otros, etc.

En relación a variable diagnóstico de ingreso y egreso, existe una brecha mínima, razón por la que se tomo en cuenta el diagnóstico de egreso. Son 26 pacientes (45,6 %) cuyo diagnóstico de egreso oscila entre F20 (esquizofrenia) y F29 (Psicosis no orgánica sin especificación), representando el mayor porcentaje, de esta información (45,6 %), el 26 % corresponde al diagnóstico de F23 (Trastornos psicóticos agudos y transitorios) y el 15 % oscila entre F20 (Esquizofrenia) y F22 (Trastorno de ideas delirantes persistentes). El resto, 31 pacientes (54,4 %), son la resultante de la sumatoria de otros diagnósticos en menor escala, como F06 (Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática), F07 (Trastornos de la personalidad y de comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral), F32 (Episodios depresivos), F71 (Retraso

mental moderado), G40 (Epilepsia), etc. Lo que muestra una variedad de enfermedades mentales, que están relacionadas con la edad reproductiva de la mujer, que deben ser tomados en cuenta ante cualquier tipo de intervención.

En cuanto a la variable terapia farmacológica y soporte familiar. La terapia farmacológica es combinada en 85,7 %, por las características de

**Tabla 2**  
**Distribución del número de pacientes egresadas, con enfermedad mental en relación al curso natural de la enfermedad.**

VARIABLE	N	%
<b>Ingresos (n=57)</b>		
Igual a 1	43	75,4
menor a 3	11	19,3
mayor a 3	3	5,3

<b>Diagnóstico de egreso (n=57)</b>		
F00 - F09	6	10,5
F10 - F19	4	7,0
F20 - F29	26	45,6
F30 - F39	7	12,3
F40 - F49	4	7,0
F50 - F59	3	5,3
F60 - F69	0	0,0
F70 - F79	5	8,8
F80 - F89	0	0,0
F90 - F98	0	0,0
Otros (G40)	2	3,5

<b>Tratamiento psicofarmacológico (n=56)</b>		
Antipsicóticos	5	8,9
Terapia combinada	48	85,7
Otro	3	5,4

<b>Soporte familiar (n=57)</b>		
Adecuado	3	5,3
Inadecuado	54	94,7
p=0,5789		

Fuente: Matriz de recolección de datos, de los expedientes clínicos gestión 2012 y 2013.

la evolución del cuadro mental se va modificando el esquema. En cuanto a la variable soporte familiar, el 94,7 % es inadecuada, cuya causalidad es atribuida a la falta de dinero, estado civil, edad, hijos, estigmas sociales, lugar de procedencia, información que

**Tabla 3**  
**Distribución del número de pacientes egresadas, con enfermedad mental en relación con la sexualidad, maternidad y planificación familiar.**

VARIABLE	N	%
<b>Nº de parejas (n=45)</b>		
Igual a 1	31	54,4
Igual a 2	4	7,0
Mayor de 2	3	5,3
Sin información	7	12,3
<b>Antecedentes de abuso (n=47)</b>		
Si	14	24,6
No	33	57,9
<b>Utilización de método anticonceptivo (n=57)</b>		
Si	4	7,1
No	51	91,1
Otro	2	3,6
<b>Consejería en planificación familiar (n=57)</b>		
Si	2	3,5
No	55	96,5
<b>Nº de hijos (n=57)</b>		
Menor a 4	25	43,9
Mayor a 5	3	5,3
Sin hijos	29	50,9
	57	
<b>Situación de los hijos (n=26)</b>		
Viven con los padres	20	76,9
Viven con algún familiar (temporal y/o definitivo)	5	19,2
Viven en hogares	3	11,5
p=0,5789		

Fuente: Matriz de recolección de datos, de los expedientes clínicos gestión 2012 y 2013.

fue rescatada, durante las entrevistas con los familiares, que muchas veces cuando se trata de reingresos desean dejarlas para siempre.

En cuanto a los resultados de la distribución de pacientes egresadas en relación con la sexualidad, maternidad y planificación familiar. Indagamos en los siguientes: variable número de parejas; 31 pacientes (54%) tuvieron solo una pareja, por datos obtenidos del expediente clínico. En relación a la variable; antecedentes de abuso sexual, 14 pacientes (24,6 %) si tuvo antecedentes de abuso sexual, en algunas entrevistas se menciona que hubiera sido una de las causas, que llevaron a la presentación de la enfermedad mental.

En relación a la variable, utilización de algún método anticonceptivo antes del ingreso, durante el ingreso y luego del egreso, 51 pacientes (91 %), mencionan que no utilizaron ni usan, método alguno. Hecho que se ve reflejado, en embarazo posterior al alta médica y aun con tratamiento. O lo contrario, que el embarazo, debuto con su cuadro mental. Variable que se transversaliza, con la variable si recibió consejería en planificación familiar, cuyo resultado es; 55 pacientes (96%) no recibieron consejería antes, durante y después del ingreso.

La variable maternidad, se trabajo con el número de hijos y situación de los hijos. El número de hijos, 28 pacientes (48%) tienen hijos, y 29 pacientes (50%) no tienen hijos. De las 28 pacientes con hijos; 20 pacientes mencionan que los hijos viven con ambos padres, padre y/o madre. 5 pacientes menciona que vive con algún familiar y 3 pacientes por datos de historia clínica y referencia del paciente vive en hogares. Situación que es alarmante cuando las madres reingresan a la institución.

**CONCLUSIÓN**

La incidencia de trastornos mentales por los resultados obtenidos se presenta entre 26 y 35 años, en plena edad fértil

y el mayor porcentaje no utiliza ningún método anticonceptivo.

Es importante mencionar que 27 pacientes tienen hijos, los mismos se encuentran de acuerdo al resultado, con los padres y/o familia extensa, hecho que contradice a la realidad ya que la mayoría de estos hijos se encuentran bajo la tutela de algún familiar que no asumen plena responsabilidad del cuidado del niño/niña u adolescente.

Otro aspecto es el antecedente de abuso sexual en una o más oportunidades (14 pacientes), situación que muchas veces es ignorada u omitida por la familia debido a la condición mental de la paciente.

En principio cuando se inicio la investigación no pensamos, obtener los resultados presentados, quizás esperábamos obtener resultados menos dramáticos, todo lo aseverado nos conduce a abrir un debate y aportar una mirada integral e integrada, con enfoque biopsicosocial, durante el curso natural de la enfermedad, que involucra al personal de salud e instituciones involucradas (defensorías, judiciales, Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, etc.).

**RECOMENDACIONES**

Establecer un sistema de seguimiento en pacientes en edad fértil y con mayor énfasis cuando están en etapa reproductiva que no usan ningún método anticonceptivo.

Contar con una instancia de coordinación interinstitucional en los diferentes niveles de atención, para que las pacientes con enfermedad mental, accedan a atención de calidad en salud sexual y reproductiva, enfatizando desde una perspectiva que tome en cuenta sus propias necesidades al respecto.

Lo que permitiría el acceso equitativo de la población con enfermedad mental.

**BIBLIOGRAFIA**

1. GOMEZ T. Particularidades de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.17 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2009
2. LUQUE,. (2012). Tesis de investigación Calidad de atención en establecimientos de salud del Departamento de Potosí, CEPI.
3. Organización Mundial de Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. España. Versión 2010.
4. ORTEGA T. Las mujeres y la enfermedad mental. una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. CUADERNOS KÓRE Vol. 1, N° 4 (primavera/verano 2011)
5. TELLO L.; CLARES S. Mi sexualidad es importante. Experiencia grupal en habilidades afectivo-sexuales en población con enfermedad mental grave. Rehabilitación Psicosocial 2013; 10 (1): 35-39
6. VARAS J. Adolescentes con discapacidad psíquica. REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE. 2010; VOL 5 (2): 139-144
7. VILAS E. Anticoncepción en Psiquiatría. Artículo de revisión. <http://psiquiatria.mx> revisado, enero 2014.
8. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012

## ESTADISTICA DE PATOLOGIAS TUMORALES EN LA REGION MAXILOFACIAL Instituto Universitario de Anatomía Patológica 2000 a 2010

**Dr. Daniel Llanos Fernández**

Director del Instituto Universitario de Anatomía Patológica. Sucre – Bolivia.

**Dr. Huáscar Aillón**

Cirujano Bucomaxilofacial. Sucre – Bolivia.

**Dra. Stefany Muguertegui**

Cursante de la Especialidad de Cirugía y Patología Oral. Tarija – Bolivia.

**Palabras Claves:** Carcinoma, Granuloma, Mucocele.

**Key Words:** Carcinoma, Granuloma, Mucocele.

### RESUMEN

Este estudio estadístico nos revela las patologías más frecuentes en nuestro medio, la importancia, permanencia, descenso y aumento de las lesiones a nivel maxilofacial, según las diferencias del diagnóstico anatómico-patológico, considerando las patologías malignas y benignas de la región, por todo esto y al no tener estadísticas que muestran el incremento de estas patologías, vimos la necesidad de realizar este estudio.

Es un trabajo que tiene como objetivo demostrar, el descenso o aumento de patologías, predominio en el sexo, según las diferencias del diagnóstico anatómico-patológico, conoceremos las patologías malignas y benignas más frecuentes de la región maxilofacial.

Se realizó un estudio retrospectivo, se seleccionó datos de biopsias en pacientes, realizado en el Instituto de Anatomía Patológica de la ciudad de Sucre, de enero 2000 a diciembre 2010. Se compararon y clasificaron según su informe histopatológico. Sobre un total de 504 (100%) pacientes sometidos a biopsia de la región maxilofacial, mostramos la prevalencia de patologías de enero del 2000 a diciembre del 2010, quistes y tumores benignos (46,8%), tumores malignos (cáncer) (30,1%), infecciones y inflamaciones (16%), otros (lesiones negativas a neoplasias (6,9%), el predominio del sexo femenino 264 (52,3%), en sexo masculino 240 (47,6%), el estudio nos muestra la patología más frecuente, el carcinoma epidermoide (52,6%), entre las

lesiones tumorales malignas, granulomas (16,6%), entre las lesiones benignas, inflamaciones e infecciones, mucocele (43,2%), son inflamaciones inespecíficas, otras (lesiones negativas a neoplasias), (6,9%).

En conclusión demostramos que hubo diferencias significativas entre tumores malignos y benignos, mostramos estadísticas importantes para tomar en cuenta al momento del diagnóstico, mostrando la frecuencia de lesiones malignas de la región maxilofacial, es preciso realizar el tratamiento, basado en el diagnóstico clínico-patológico de las lesiones.

### SUMMARY

This statistical study reveals the most common diseases in our environment, the importance, tenure, descent and increased level maxillofacial injuries, according to differences anatomic-pathologic diagnosis, whereas malignant and benign conditions of the region, and this not have statistics showing the increase in these diseases, we saw the need for this study.

It is a work that aims to demonstrate the decrease or increase of diseases, prevalence in sex, according anatomic-pathologic diagnostic differences, we will know the most common malignant and benign diseases of the maxillofacial region.

A retrospective study was conducted, data was selected biopsies in patients, conducted at the Institute of Anatomy Pathology of the city of Sucre, January 2000 to December

2010. Were compared and classified by histopathological report.

Of a total of 504 (100%) patients underwent biopsy of the maxillofacial region, showed the prevalence of pathologies January 2000 to December 2010, cysts and benign tumors (46.8%), malignant tumors (cancer) (30.1%), infection and inflammation (16%), other (negative neoplasms (6.9% damage), the predominance of females 264 (52.3%) in 240 male (47.6%), the study shows the most frequent pathology, squamous cell carcinoma (52.6%) between malignant granulomas (16.6%) lesion between benign lesions, inflammations and infections (43.2%) are inflammations inespecificas other (negative for neoplasia lesions) (6.9%).

In conclusion we showed that there were significant differences between malignant and benign tumors, show important statistics to take into account the time of diagnosis, showing the frequency of malignant lesions of the maxillofacial region, it is necessary to perform the treatment, based on the clinical and pathologic diagnosis of lesions.

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones maxilofaciales en los últimos años, se han incrementado, siendo hoy en día una de las regiones anatómicas más afectadas en todo el mundo. Así también ha ido cambiando el tipo de enfoque, de las lesiones que se presentan en esta región, mostrando más importancia en las terapéuticas clínicas.

El diagnóstico y tratamiento apropiados pueden deducirse de la historia y exploración. (1).

Pero con mayor frecuencia, existen varios posibles diagnósticos y se debe llevar a cabo un diagnóstico clínico diferencial y un plan de actuación.

Los posibles diagnósticos deben recogerse en orden de probabilidad, basándose en su prevalencia y su similitud con los síntomas y signos presentes. (1).

Registrar de forma escrita los diagnósticos diferenciales ayuda incluso a experimentados clínicos a organizar sus ideas. (1).

Un diagnóstico preciso puede depender de hallazgos histológicos, por lo que en ocasiones debe registrarse diagnósticos preliminares genéricos, como "neoplasia benigna o tumor ontogénico" (1).

La toma de un espécimen para biopsia para examen histopatológico es el pilar principal del diagnóstico en las enfermedades de la mucosa, tejidos blandos y hueso. Incluso en las pocas enfermedades en las que una biopsia no es de ayuda, puede ser útil para excluir otras posibles causas. (1).

Entre los procesos patológicos básicos que afectan a la región maxilofacial esta el carcinoma, con su variante más representativa, el Carcinoma Epidermoide moderadamente diferenciado.

Es una neoplasia maligna más común de la cavidad bucal. Aunque se puede presentar en cualquier sitio dentro de la boca, ciertos lugares son más diferenciados que otros, labio inferior, lengua, piso de la boca, encía, paladar. (2).

Neoplasia epitelial maligna se presenta a partir del epitelio superficial con diferenciación de células escamosas. (4). En segundo lugar la patología con mediana frecuencia los granulomas, el granuloma de células gigantes es el más frecuente, es un tumor localizado de tejido fibroso que contiene numerosos osteoclastos. (1).

Proliferación reactiva de células gigantes multinucleadas causada por traumatismos o irritaciones. Frecuentemente, exclusiva de la encía, a menudo ulcerado. (4).

Varía mucho desde el punto de vista clínico. Siempre se presenta en la encía o en el proceso alveolar, más a menudo la parte anterior de los maxilares, y ocurrirá como una lesión pedunculada o sésil que parece surgir de partes más profundas en el tejido que muchas otras lesiones, superficiales de esta área. (3). Otros granulomas de menor frecuencia, granuloma periférico, piógeno, éupilis y el periapical.

Entre las patologías de menor frecuencia están las inflamaciones inespecíficas, de predominio mucocel, tumefacción tisular formada por moco acumulado tras escapar al tejido conjuntivo a partir de un conducto excretor roto. (2).

Lesión frecuente causada por la salida de mucina de un conducto salival roto al tejido circundante. Frecuentemente se presentan como una inflamación, abovedada de color azulado debido a la mucina extravasada. (4).

Habitualmente se presenta como una tumoración superficial, bien delimitada, lisa, móvil, blanda o firme, fluctuante, de color azulado. Otras veces se trata de lesiones profundas, firmes, móviles y recubiertas por mucosa de aspecto normal. (5).

Por último se presentan las lesiones negativas para neoplasia, afectan sobre todo a las glándulas salivales accesorias. La causa suele ser en la mayoría de los casos traumáticas. (1)

## METODOLOGIA

### METODO

Se realizó un estudio retrospectivo, se seleccionó datos de biopsias de pacientes realizado en el Instituto de Anatomía Patología de la ciudad de Sucre, de enero 2000 a diciembre 2010. Se compararon y clasificaron, según su informe histopatológico.

## MATERIAL

Población y muestra: universo de 31.615 pacientes.

Datos obtenidos de libros de registros del Instituto de Anatomía Patológica, de 2000 a 2010.

## Revisión bibliográfica.

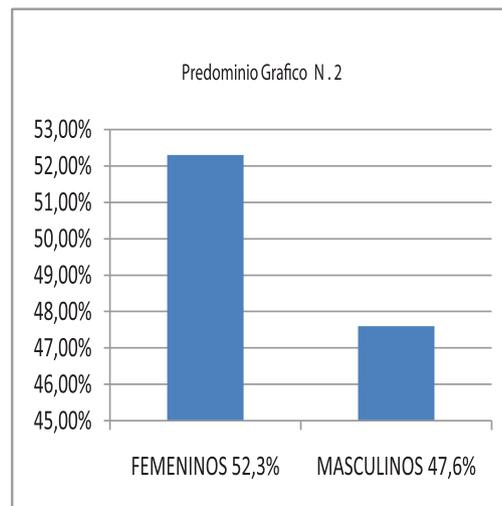
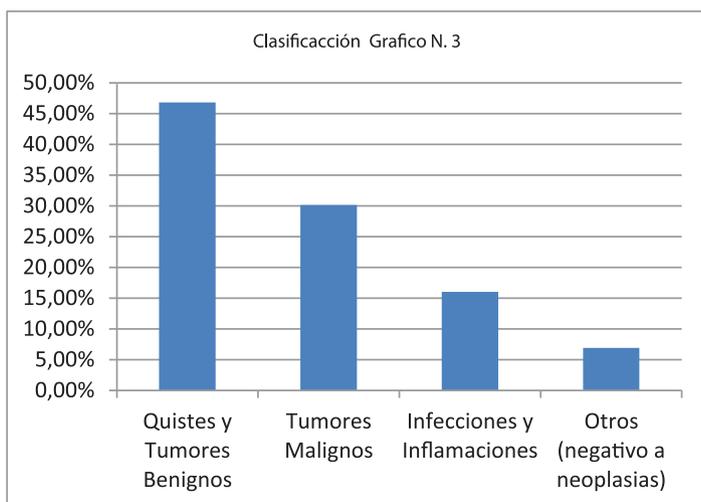
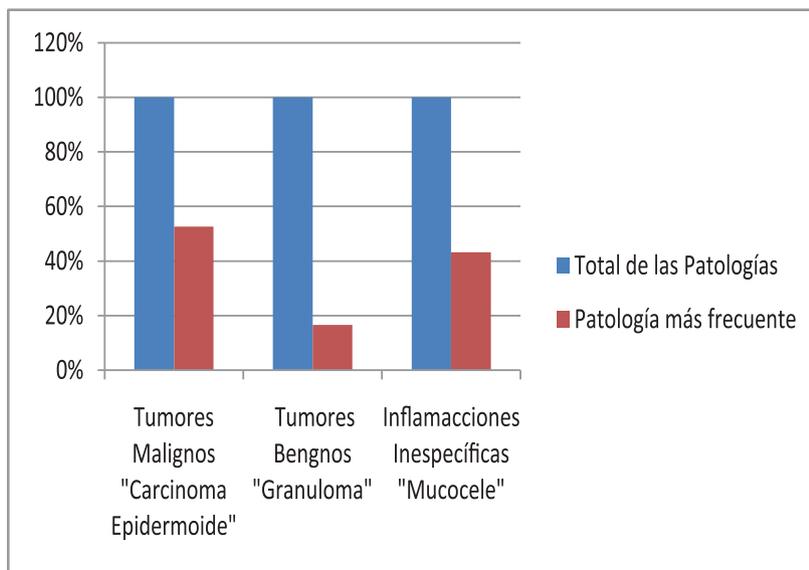
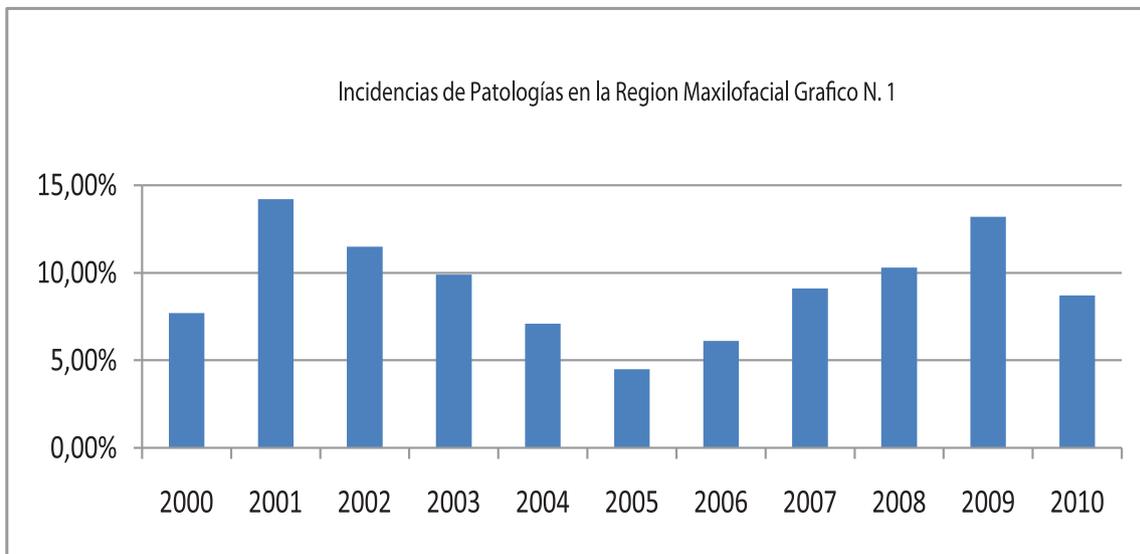
## RESULTADOS

Sobre un total de 504 (100%) pacientes sometidos a biopsia de la región maxilofacial, mostramos la prevalencia de patologías de enero del 2000 a diciembre 2010.

En el año 2000 en 39 pacientes (7,7%), en el 2001 en 72 pacientes (14,2%), en el 2002 en 58 pacientes (11,5%), en el 2003 en 50 pacientes (9,9%), en el 2004 en 36 pacientes (7,1%), en el 2005 en 23 pacientes (4,5%), en el 2006 en 31 pacientes (6,1%), en el 2007 en 46 pacientes (9,1%), en el 2008 en 52 pacientes (10,3%), en el 2009 en 65 pacientes (13,2%), en el 2010 en 44 pacientes (8,7%),

Grafico N° 1. El predominio del sexo femenino 264 (52,3%), en el sexo masculino 240 (47,6%), Grafico N°2. Clasificamos las patologías en: quistes y tumores benignos 236 (46,8%), tumores malignos (cáncer) 152 (30,1%), infecciones e inflamaciones 81 (16%), otros 35 (6,9%), que representan a las lesiones negativas para neoplasia, Grafico N° 3.

La patología más frecuente, de los tumores malignos es el carcinoma epidermoide (52,6%), entre las patologías benignas, el más frecuente es el granuloma (16,6%) y en inflamaciones e infecciones lo más frecuente, inflamaciones inespecíficas (43,2%), Grafico N°4



**CONCLUSIONES**

Demostramos que hubo diferencias significativas, incrementos y descensos entre el año 2000 al año 2010, de las patologías maxilofaciales, tumores malignos y benignos, muestran estadísticas importantes a tener en cuenta al momento del diagnóstico, mostrando la frecuencia de lesiones malignas de la región maxilofacial, es preciso realizar el tratamiento, basado en el diagnóstico clínico-patológico de las lesiones, que por su localización o su carácter pueden comprometer la vida del enfermo, las lesiones exofíticas exigen biopsia, su diagnóstico será clínico-patológico, para el éxito del tratamiento.

Tanto el diagnóstico y tratamiento debe ser inter y multidisciplinario, contando en el equipo, cirujano bocomaxilofacial, anatómico patólogo, cirujano cabeza y cuello y oncólogo clínico.

**RECOMENDACIONES**

- 1.- Todas las muestras biopsias y pieza operatorias de los pacientes con neoplasia maligna o benigna debe adjuntarse el estudio complementario de RX, TAC,
- 2.- También en la solicitud del paciente debe indicar la región anatómica del lugar de la lesión para correlacionar la clínica con la histopatología.
- 3.- Realizar en toda lesión neoplásica biopsia con un buen margen de seguridad.
- 4.- Realizar en las biopsias una clasificación histopatológica con su respectiva gradación, estadificación de acuerdo a OMS Y TNM.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- R.A. CAWSON E.W. ODELL. Cawson Fundamentos de Medicina y Patología Oral, Octava edición. Págs. (7-9-157-292).
- 2.- J. PHILIP SAPP LEWIS. R. EVERSOLE GEORGE P. WY SOCKI Patología Oral y Maxilofacial, segunda edición. Págs. (120-332)
- 3.- W.G SHAFER. - B.M LEVY. Tratado de Patología Bucal, cuarta edición. Págs. 113, 144
- 4.- THOMPSON. WENIG- NELSON. MULLER, Diagnostico en patología cabeza y cuello. Págs. 95-1.95, 389-4.63
- 5.- RAFAEL MARTÍN GRANIZO LÓPEZ – LUIS MIGUEL REDONDO GONZALES – LUIS ANTONIO SÁNCHEZ CUELLAR. Patología de las Glándulas Salivales. Págs. 156.

## INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO EN EL HOSPITAL "SAN PEDRO CLAVER" Durante los años 2008-2011

**Dra. Judith Bustillo Alarcón**

Ginecóloga-Obstetra Hospital San Pedro Claver, Sucre - Bolivia

**Palabras Clave:** Parto pretérmino. Prematuro.

**Key Words:** Preterm birth. Premature.

### RESUMEN

El parto prematuro pese a todos los esfuerzos, se constituye en un problema clínico importante, siendo un componente esencial de morbilidad y mortalidad perinatal.

Se realizó un estudio retrospectivo de 292 pacientes que presentaron parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver con el objetivo fundamental de determinar estrategias que permitan prevenir el parto prematuro espontáneo y determinar factores de riesgo. La incidencia es baja en relación a otros estudios, de inicio espontáneo en el 52% de casos y no se pudo determinar su relación con la edad materna avanzada. Llama la atención la determinación de la edad gestacional del recién nacido, pues sólo el 55.5% fueron prematuros y el 44.5% fueron productos a término. La administración de corticoides fue determinante en el bienestar del neonato, el 62 % de los neonatos prematuros fueron referidos a alojamiento conjunto y sólo el 35 % fueron internados en el servicio de neonatología.

### SUMMARY

Preterm birth despite all efforts, remains a major clinical problem, being an essential component of perinatal morbidity and mortality.

A retrospective study of 292 patients who had preterm delivery in San Pedro Claver Hospital with the ultimate goal of identifying strategies to prevent spontaneous preterm birth and identify risk factors was performed.

La incidencia es baja en relación a otros estudios, de inicio espontáneo en el 52% de casos y no se pudo determinar su relación con la edad materna avanzada. Llama la atención la determinación de la edad gestacional del recién nacido, pues sólo el 55.5% fueron prematuros y el 44.5% fueron productos a término. La administración de corticoides fue determinante en el bienestar del neonato, el 62 % de los neonatos prematuros fueron referidos a alojamiento conjunto y sólo el 35 % fueron internados en el servicio de neonatología.

### INTRODUCCION

Se considera parto pretérmino, el que se produce antes de las 37 semanas de gestación, lo cual debería ser corroborado por ecografía realizada en el primer trimestre. (1)

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, por lo tanto es un gran desafío para la salud pública a nivel mundial, es responsable del 40% a 60% de la mortalidad perinatal y está asociado a más del 50% de todas las deficiencias neurológicas. (2,3)

La incidencia de parto pretérmino es de cerca de 11% en los Estados Unidos y de 5% a 7% en Europa. (4)

A pesar de la mejoría de las condiciones socio-sanitarias y de los avances

científicos y tecnológicos, no se ha conseguido disminuir de manera significativa el porcentaje de parto pretérmino, y en algunos países la tasa continúa ascendiendo debido sobre todo a la utilización de técnicas de reproducción asistida y el incremento de las intervenciones obstétricas. (1)

Actualmente se concibe el parto prematuro como un síndrome, es decir una condición causada por múltiples patologías, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y dilatación cervical iniciadas antes de la semana 37 de gestación; liberación de prostaglandinas que van a actuar sobre miometrio, cuello y membranas (corion y amnios); evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar hasta hoy las siguientes causas: Infección intraamniótica, isquemia útero placentaria, sobredistensión uterina, factores inmunológicos, disfunción cervical y hemorragia coriódécidual. (5) La importancia clínica de la prematuridad radica en su influencia sobre la morbimortalidad perinatal e infantil. En este grupo de nacidos se concentra el 69% de la mortalidad perinatal. Además, la prematuridad es la primera causa de muerte infantil tras el primer mes de vida.

El diagnóstico de parto prematuro es esencialmente clínico, se basa en la aparición de contracciones uterinas, modificaciones cervicales, determinación de fibronectina fetal y la ecografía vaginal que presentan una alta precisión. (1)

La atención del parto de un feto prematuro debe estar orientada a la reducción de riesgos obstétricos que generan morbilidad neonatal del tipo de asfixia y traumatismo fetal (especialmente encefálico). (5)

Planteamiento del problema: ¿Por qué la prematuridad se constituye en la primera causa de morbilidad neonatal en el Hospital San Pedro Claver?

Objetivo general: Determinar estrategias que permitan prevenir el parto prematuro.  
Objetivos específicos:

- Conocer la incidencia de parto prematuro y amenaza de parto prematuro.
- Analizar factores de riesgo maternos: grupo étnico, paridad, estado civil.
- Analizar la vía de terminación del embarazo.
- Determinar la edad gestacional del recién nacido y la referencia.

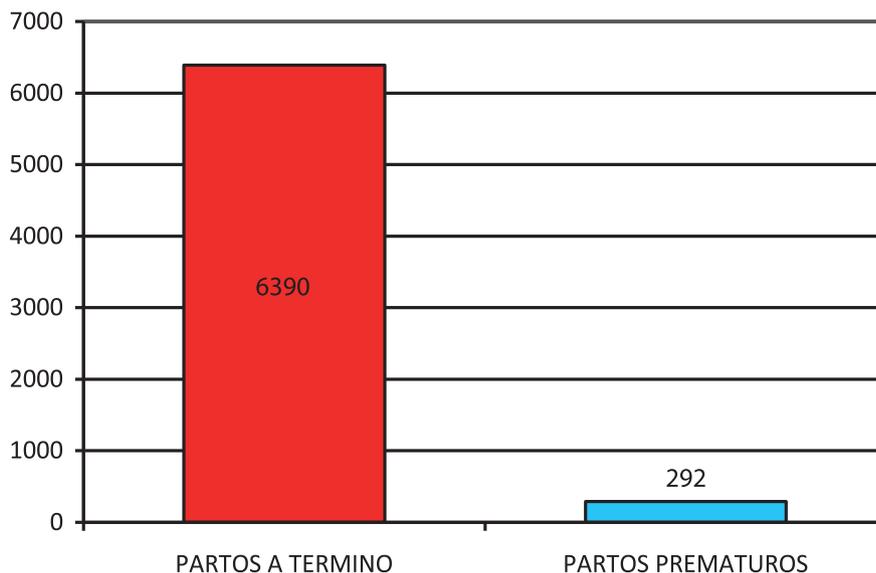
**MATERIAL Y METODOS**

Se trata de un estudio retrospectivo, comprendido entre enero de 2008 a diciembre de 2011. Se tomó como población general el total de partos atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Pedro Claver (6682 casos). El grupo seleccionado para el presente estudio fue de 292 pacientes con diagnóstico de parto prematuro.

La recolección de datos se realizó en base a la revisión de historias clínicas y libros de registro del Servicio de Obstetricia.

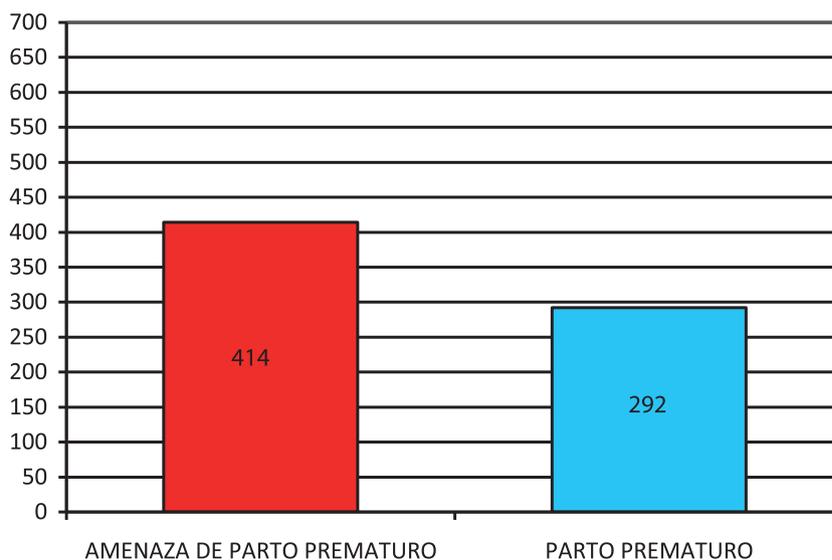
**RESULTADOS**

**Incidencia de parto prematuro en el Hospital "San Pedro Claver" según total de partos**



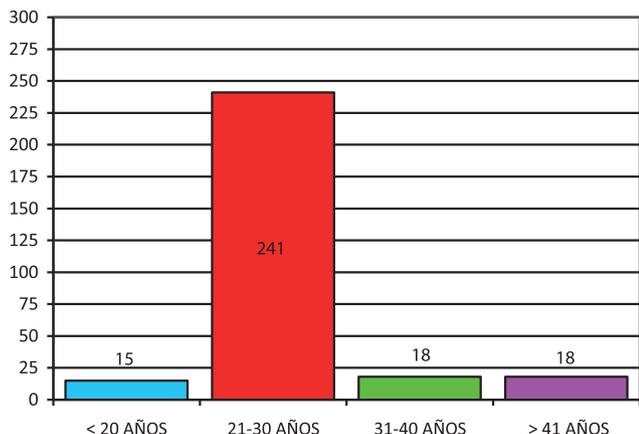
Del total de partos atendidos en el periodo de estudio que fueron 6682, el 95.6% (6390) fueron de embarazos a término y sólo el 4.4% (292 casos) de pacientes culminaron su embarazo en parto prematuro

**Incidencia de parto prematuro en el Hospital "San Pedro Claver" según total casos de amenaza de parto prematuro**



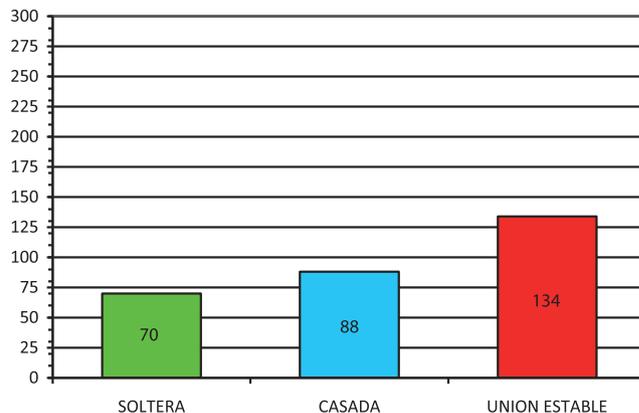
De las 706 pacientes hospitalizadas con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro, 292 pacientes (41 %) presentaron un parto prematuro y en 414 pacientes (59%) se postergó el parto por el efecto de tocolíticos y corticoides..

**Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun grupo etareo**



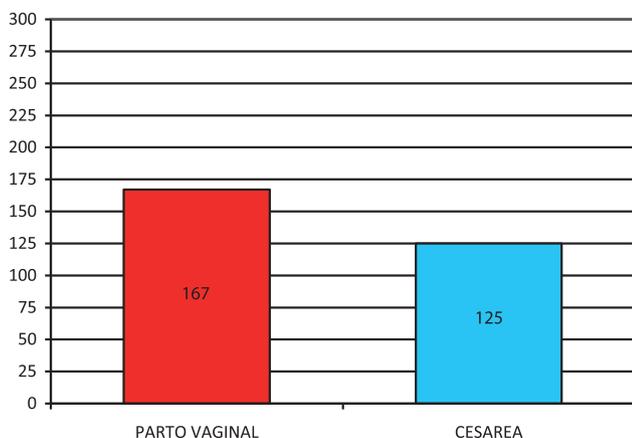
Del total de pacientes seleccionadas con parto prematuro, 241 mujeres (83%) tenían una edad comprendida entre 21-30 años, seguida por las pacientes entre 31-40 años y más de 41 años con 18 casos (6%) respectivamente.

**Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun estado civil**



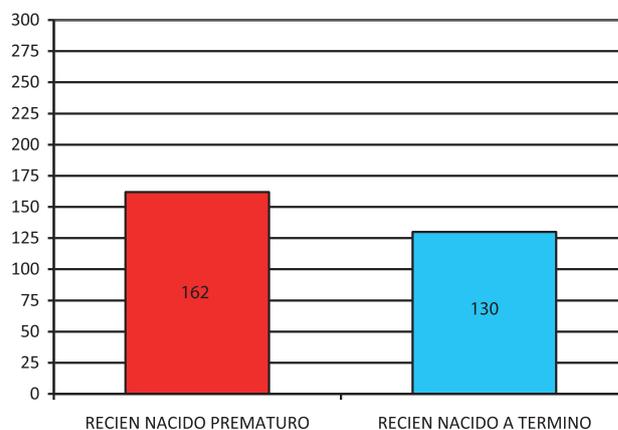
Analizando la prevalencia de casos de parto prematuro según el estado civil de la paciente, 134 mujeres (46 %) tenían una unión estable, 88 mujeres (30 %) fueron casadas y finalmente 70 mujeres (24%) solteras.

**Incidencia de parto prematuro en el hospital San Pedro claver segun via de terminacion del embarazo**



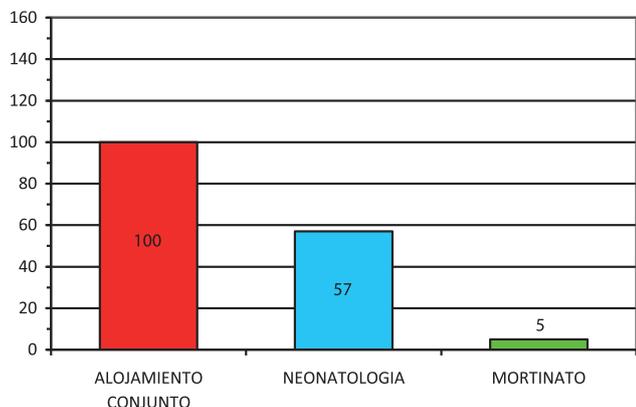
Del total de partos prematuros atendidos, 167 pacientes (57 %) culminaron su gestación por vía vaginal y 125 gestantes (43 %) por vía abdominal (cesárea).

**Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun edad gestacional del recién nacido**



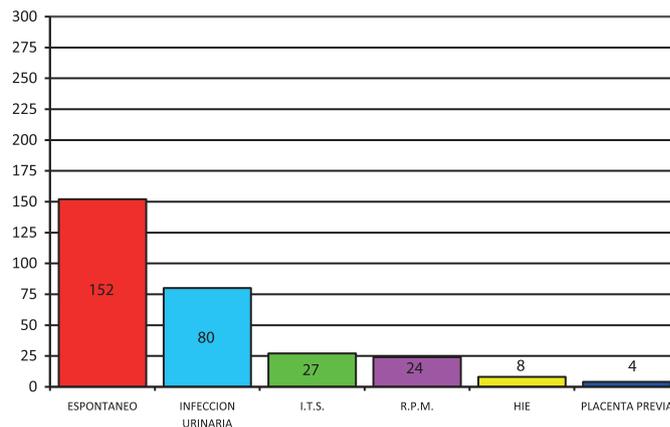
Determinando la edad gestacional del recién nacido por el Servicio de Neonatología, 162 recién nacidos (55.5%) tenían una edad inferior a 36 semanas de gestación y 130 recién nacidos (44.5%) tenían edad gestacional superior a 37 semanas.

**Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun referencia del recién nacido**



De los 162 recién nacidos prematuros durante el periodo de estudio, 100 neonatos (62 %) fueron destinados a alojamiento conjunto, con su madre, 57 neonatos (35 %) fueron internados en el Servicio de Neonatología por distrés respiratorio y finalmente se tuvo 5 mortinatos (3%) por prematuridad.

**Incidencia de parto prematuro en el Hospital San Pedro Claver segun patologia materna asociada.**



Del total de pacientes seleccionadas el 52% (152 casos) no presentaron patologías asociadas relacionadas con el inicio espontáneo de un parto prematuro. La infección urinaria se constituyó en la primera causa de patología materna asociada en 80 casos (27%), luego las infecciones de transmisión sexual (condiloma acuminado, vaginosis bacteriana, tricomoniasis y sífilis entre otras) en 27 casos (9%), posteriormente la ruptura prematura de membranas en 24 casos (8%), por último la hipertensión inducida por el embarazo y `placenta previa en 6 casos (3%) y 4 casos (1%) respectivamente.

**DISCUSION**

La tasa de parto pretérmino actualmente oscila entre el 8 y el 10% de todas las gestaciones y de aproximadamente 8 a 10% del total de partos. En los países pobres las cifras de incidencia son superiores al 20% de los partos. A partir de los datos aportados por la OMS es de esperar cerca de 14.000.000 de pretérminos al año en el mundo. (1) La prematuridad suele clasificarse según su origen: Pretérmino espontáneo o idiopático (50%), Pretérmino asociado a rotura prematura de membranas (25%) y Pretérmino por intervención médica o iatrogénico (25%), debido a enfermedades maternas y fetales (preeclampsia, retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, enfermedades maternas) que aconsejan la terminación del embarazo antes de su término. (1) El 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anomalías neurológicas son

atribuibles directamente a prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema. Aún cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbimortalidad fetal tardía, neonatal y de mortalidad infantil atribuible a ello muestra una tendencia descendente. Esta reducción se atribuye a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro. (3) Los progresos realizados durante los últimos años en el campo de la perinatología han hecho posible que aumente la supervivencia de los recién nacidos de bajo peso. Sin embargo, la morbilidad neonatal de los prematuros es de magnitud variable, dependiendo principalmente del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer, así como las intervenciones terapéuticas realizadas. Las complicaciones más

frecuentes son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intracraneana, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar, apneas y fibroplasia retrolental. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral. (5) La supervivencia de los pretérmino ha mejorado de forma sustancial en los últimos años debido a una mejor atención prenatal, el empleo cada vez más generalizado de corticoides antenatales, desde el informe original de Liggins y Howie en 1972 existe suficiente evidencia que apoya la administración de corticoides a la madre, la mejora en las técnicas de reanimación postnatal y la administración de surfactante, como tratamiento de la enfermedad de membrana hialina. (6)

Factores maternos	Edad materna Tabaco Nivel socioeconómico bajo Raza distinta a la blanca Bajo peso materno Usuaría a drogas Condiciones laborales Estrés
Antecedentes obstétricos	Historia previa de parto prematuro Hemorragia vaginal
Factores uterinos	Gestación múltiple Polihidramnios Malformaciones uterinas Miomomas Incompetencia cervical Traumatismos Dispositivo intrauterino
Factores fetales	Muerte fetal
Factores genéticos	IL-6, TNF-alfa
Infección	Urinarias Infección cérvico-vaginal Corioamnionitis Infección materna

Los factores de riesgo de parto prematuro se resumen en el siguiente cuadro: (1) El papel etiológico de la infección materna en la ocurrencia de parto pretérmino puede ser una consecuencia indirecta de la producción de altos niveles de mediadores inflamatorios (tales como las citocinas, principalmente la interleucina 1 beta e interleucina 6, prostaglandina E y el factor alfa de necrosis tumoral), los que reducen el tiempo de gestación. (7)

Las enfermedades periodontales pueden contribuir a la ocurrencia de parto pretérmino por medio de un mecanismo indirecto involucrando a mediadores inflamatorios o a través de acción bacteriana directa en el amnios. (8,9) En éste hallazgo el parto prematuro estaría asociado a una edad materna más avanzada, a un menor nivel de escolaridad materna, a la hipertensión durante la gestación, al

retraso de crecimiento intrauterino y a la ruptura prematura de membranas. La tasa de prevalencia observada, del 41% de enfermedad periodontal en mujeres gestantes, también es similar a los hallazgos relatados por otros investigadores. (10,11)

El diagnóstico del trabajo de parto pretérmino se basa en los siguientes puntos: 1. Contracciones uterinas regulares (4 contracciones en 20 minutos u 8 en una hora), 2. Modificaciones cervicales: Modificación progresiva del cuello uterino, dilatación cervical mayor o igual a 2 cm., acortamiento mayor o igual del 80% y puntuación de Bishop igual o superior a 6. (1)

Las estrategias de intervención que hoy aparecen como más promisorias son la determinación cérvico-vaginal de fibronectina (marcador de disrupción coriodesidual), cuya detección aumentaría en 5 veces el riesgo de parto prematuro; la determinación de la

longitud cervical y grado de herniación de las membranas ovulares a través del cérvix, con ultrasonografía transvaginal. (5)

La observación hospitalizada de la paciente es fundamental, el reposo en cama (decúbito lateral izquierdo), la evaluación materna y fetal (descartar la existencia de condiciones que contraindiquen la prolongación de la gestación o el uso de tocolíticos habituales), hidratación con solución salina o ringer lactato (un posible efecto terapéutico por suprimir los niveles elevados de arginina-vasopresina, a velocidad de no más de 200 cc/hora). (5) Papatsonis y cols. han comparado los efectos neonatales del Nifedipino versus Ritodrina, ellos encontraron que el Nifedipino se asocia a embarazo más largo, menor riesgo de resultados perinatales adversos y menores reacciones adversas maternas. (12)

En la atención del parto prematuro debe considerarse: Buena relajación perineal, episiotomía amplia, preferir la operación cesárea en presentaciones podálicas con estimación de peso fetal menor de 2500 gr. y/o edad gestacional < 34 semanas. En presentaciones cefálicas, preferir vía vaginal, monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal, mantención de la integridad de las membranas ovulares el máximo de tiempo posible. Si en el servicio no existen las condiciones óptimas para atender a un recién nacido prematuro, debe considerarse el transporte in útero, es decir, la referencia a un centro de mayor complejidad. (5)

### CONCLUSIONES

- En el presente estudio el porcentaje de partos prematuros no es sustancialmente elevado en relación al total de partos atendidos en relación con estadísticas mundiales.
- No se pudo determinar una relación entre la edad materna avanzada y el parto prematuro.
- Existe una relación de variabilidad importante entre la edad gestacional al momento de la internación y la edad gestacional del recién nacido valorado por neonatología, el 44.5% eran productos a término, lo que demuestra algunas falencias en el diagnóstico; éste hecho es muy importante para dirigir de mejor manera la conducta terapéutica.
- El efecto positivo de los tocolíticos permiten un margen de tiempo de espera en la evolución del trabajo de parto, que ha permitido la administración de corticoides, pues el 62 % de los neonatos prematuros fueron referidos a alojamiento conjunto y sólo el 35 % fueron internados en el servicio de neonatología.

- Finalmente, el manejo exitoso del trabajo de parto prematuro incluye prevenir la enfermedad neonatal cuando sea posible, incluyendo el uso de corticoides, y reduciendo el riesgo de traumatismo y asfixia durante el parto. Los recién nacidos pretérmino, deben nacer en un lugar que cuente con personal capacitado en reanimación neonatal y cuidados intensivos.

### RECOMENDACIONES

- Evaluar factores de riesgo durante los controles prenatales (infecciones genitourinarias y periodontales entre otras). La única intervención recomendada en forma sistemática es el screening y posterior tratamiento de la bacteriuria asintomática.
- Determinar la edad gestacional segura (examen ecográfico entre 16 a 20 semanas) que permitirá realizar mejor el tamizaje de pacientes y considerar la tocólisis con el fin de postergar el parto 48 horas y administrar corticoides o bien, permitir el desencadenamiento de parto.
- Efectuar evaluación clínica y laboratorial de enfermedades de base.

### BIBLIOGRAFIA

1. BAJO JM, MELCHOR JC, MERCÉ LT. Fundamentos de Obstetricia. (SEGO) Parto Pretérmino. Madrid 2007:1. 425-430.
2. World Health Organization. Report of a Scientific Group on Health Statistics Methodology Related to Perinatal Events. Geneva: 1974. p 1-32. (Document no. ICD/PE/74.4).
3. MCCORMICK MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med.* 1985 Jan; 312(2):82-90.

4. GOEPFERT AR, JEFFCOAT MK, ANDREWS WW, FAYE-PETERSEN O, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2004 Oct; 104(4):777-83.
5. SALINAS H, PARRA M, VALDÉS E, CARMONA S, OPAZO D. *Obstetricia. Parto Pretérmino.* Chile 2005 18:227-40.
6. CROWLEY J. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library, Issue 3 2002.*
7. LÓPEZ NJ, SMITH PC, GUTIERREZ J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res.* 2002 Jan; 81(1):58-63.
8. JARJOURA K, DEVINE PC, PEREZ-DELBOY A, HERRERA-ABREU M, D'ALTON M, PAPAPANOU PN. Markers of periodontal infection and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Feb; 192(2):513-9.
9. JEFFCOAT MK, GEURS NC, REDDY MS, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, HAUTH JC. Periodontal infection and preterm birth. Results of a prospective study. *J Am Dent Assoc.* 2001 Jul; 132(7):875-80.
10. DAVENPORT ES, WILLIAMS CE, STERNE JA, MURAD S, Sivapathasundram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. *J Dent Res.* 2002 May; 81(5):313-8.
11. GOEPFERT AR, JEFFCOAT MK, ANDREWS WW, FAYE-PETERSEN O, CLIVER SP, GOLDENBERG RL, et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2004 Oct; 104(4):777-83.
12. PAPATSONIS, D. FLENADY, V. Cole, S. LILEY, H. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. [Protocol] *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 1, 2005.

# Datos Clínicos

## INTOXICACION AGUDA POR ENERGIZANTES: TAURINA PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

**Dr: Boris Arancibia Andrade**

Médico Internista-Toxicólogo Clínico,  
Servicio de Emergencias Hospital Santa Bárbara

**Dr.: Porfirio Ecos Huanaco**

Medico Cirujano, Jefe Medico Hospital Universitario

**Dra.: Leny Claudia Salguero Arcienega**

R-III Medicina Interna Hospital Santa Barbara

---

**Palabras claves:** Bebidas, Cafeína, Taurina, Efectos Adversos, Daño Neuronal Irreversible

**Key Words:** Beverages, Caffeine, Taurine, AdverseEffects, IrreversibleNeuralDamage

---

### RESUMEN

Las bebidas energizantes tienen amplia distribución, su consumo ha aumentado debido al fácil acceso, sus propiedades estimulantes y a las características de inocuidad que se les atribuyen. El poco conocimiento de sus características lleva a confusión con las bebidas hidratantes usándolas de forma indiscriminada, aunque las bebidas hidratantes buscan prevenir la deshidratación y las energizantes tienen un efecto estimulante, presentamos el caso de un paciente de 23 años de sexo masculino que acude a nuestro nosocomio por presentar alteración del estado de conciencia con

alucinaciones y desorientación con antecedente de haber ingerido energizante tipo Red Bull 6 latas por día durante los últimos 10 días ante de acudir a la consulta. Internándose en medicina interna con el diagnóstico de Síndrome Confusional agudo y posterior a eso presentó Taquicardia supraventricular fue transferido a UTI donde se realizan todos los estudios de gabinete. TAC, Punción Lumbar y Laboratorios todos negativos para patología estructural e infecciosa, el laboratorio toxicológico reporta altísima concentración de taurina en plasma, paciente fue transferido a un centro de rehabilitación quedando como secuela daño neural irreversible.

### SUMMARY

Energy drinks are widely distributed, their consumption has increased due to easy access, its stimulant properties and safety features attributed to them. A little knowledge of its features is confusing with sports drinks to use them indiscriminately, although sports drinks seek to prevent dehydration and energizers have a stimulating effect, we present the case of a 23 year old male who visited our hospital to present altered state of consciousness with hallucinations and disorientation with a history of eating energizer Red Bull type 6 cans per day during the last 10 days before coming to the consultation.

Penetrating in internal medicine with the diagnosis of acute Confusional Syndrome after I present supraventricular tachycardia was transferred to ICU where they performed all imaging studies. CT Lumbar and Laboratories all negative for structural and infectious pathology, toxicology laboratory reports very high doses of taurine in plasma, patient was transferred to a rehabilitation center with a residual irreversible nerve damage.

## INTRODUCCION

Las bebidas energizantes son un grupo de productos que ingresaron en el mercado de nuestro país y se comercializan como alimentos. Algunos son importados y otros fabricados por la industria nacional, se distribuyen ampliamente en el comercio y están disponibles para adquirirse sin restricciones por los consumidores que puedan pagarlos.

Son bebidas que gozan de una alta popularidad y publicidad por sus propiedades estimulantes y las características de inocuidad que se les atribuyen. La población que las consume es variada, lo hacen atletas, estudiantes y ejecutivos durante la actividad física, o en general cualquier persona que busque aumentar sus niveles de energía, evitar el sueño e incluso disminuir el apetito y reducir de peso, sin importar edad, condición física o estado de salud.(1,2)

Existen mucha confusión entre los conceptos de bebidas hidratantes y energizantes, llevando a que se utilicen los términos de forma intercambiable. Las bebidas hidratantes surgieron en Estados Unidos en los años sesenta cuando la Universidad de Florida desarrolló una fórmula de carbohidratos y electrolitos para mejorar el desempeño de un grupo de jugadores de fútbol americano y para prevenir la deshidratación.(3,4)

Por su parte, las bebidas energizantes surgieron en Escocia y en Japón con el objetivo de aumentar la energía y la concentración; inicialmente se componían de una mezcla de vitaminas y luego se les adicionaron la cafeína y los carbohidratos, surgiendo el Red Bull. Esta bebida gozaba de buena popularidad en Europa pero al llegar a los Estados Unidos las estrategias mercantiles tradicionales no funcionaron, por lo que

empezaron a patrocinar a deportistas aéreos y aviadores aficionados. Más adelante, las bebidas energizantes entraron a los bares haciendo parte de las mezclas para cocteles con lo que su popularidad aumentó. Se puede afirmar que las bebidas energizantes surgen por su efecto estimulante mental, tienen altos niveles de cafeína, taurina y gluconolactona, mientras que las bebidas hidratantes no contienen cafeína o la tienen en niveles bajos.(5,6,7)

## COMPONENTES DE LAS BEBIDAS ENERGIZANTES:

Las bebidas energizantes contienen gran cantidad de carbohidratos (sacarosa, glucosa), aminoácidos como la taurina, proteínas, vitaminas del complejo B (B1, B2, B6, B12, vitamina C, Niacina, ácido pantotéico), metilxantinas tales como la cafeína, teofilina y teobromina, sustancias derivadas de hierbas como el extracto de guaraná y ginseng. Además, tienen otras sustancias en cantidades menores como inositol, carnitina, pantotéico de calcio, biotina, gluconolactona y ácido cítrico.(6,7)

A continuación una descripción de los principales componentes de las bebidas energizantes:

**Taurina.-** Es un aminoácido aislado por primera vez en 1827 de la bilis de buey donde se encuentra en altas concentraciones, esta conexión con el bovino cuyo nombre proviene de la raíz latina "bos tauros" explica su denominación.

**Mecanismo de Acción.** Tiene efectos en la neuromodulación, la migración neuronal, la regulación del volumen celular y la osmolaridad.

Todo lo anterior por mecanismos no bien comprendidos. Actúa en receptores GABAA,

GABAB y glicina, con gran afinidad por el receptor de Glicina. Es así como causa una activación tónica de los receptores de glicina aumentando el flujo de cloro lo que crea una corriente inhibitoria y mantiene a la célula en un estado de hiperpolarización (7). Tiene acción sobre las neuronas del núcleo supraóptico e inhibe la liberación de

hormona antidiurética (ADH), lo que resulta en un efecto diurético.

Se cree que es esencial en el funcionamiento de las vías visuales, el cerebro y el sistema cardiovascular. Participa en la conjugación de ácidos biliares. Facilita el paso de sodio, potasio, magnesio y calcio dentro o fuera de la célula; para estabilizar eléctricamente la membrana celular.

**Metilxantinas.-** Son un grupo de sustancias que incluyen la cafeína (1,3,7 - trimetilxantina), teobromina (3,7- dimetilxantina) y la teofilina (1,3-dimetilxantina).

Son utilizadas en todo el mundo como ingredientes de diferentes compuestos, entre ellos las bebidas energizantes, con el fin de mejorar el ánimo, disminuir la fatiga y causar un efecto estimulante (8)

**Mecanismo de Acción.** Son análogos estructurales de la adenosina, se unen al receptor sin activarlo, con acción antagonista de la adenosina. En los receptores A1 en pulmón lleva a broncoconstricción; más evidente en el caso de la teofilina. En el sistema nervioso central aumenta la liberación de glutamato y por la acción sobre receptores A2 produce vasoconstricción cardíaca y de sistema nervioso central. La reducción en la actividad de la adenosina aumenta los niveles de dopamina, epinefrina y serotonina lo cual se asocia con los efectos positivos sobre el ánimo (9).

Causan inhibición de la fosfodiesterasa que se encarga de la degradación de AMP cíclico intracelular. El AMPc es un segundo mensajero en la estimulación β-adrenérgica; por lo que su aumento intracelular causa efectos similares a los producidos con la estimulación adrenérgica como: relajación del músculo liso, vasodilatación periférica, estimulación miocárdica y aumento de la excitabilidad en el sistema nervioso central.

## PRESENTACION DE CASO

Paciente de 23 años de edad de sexo masculino, natural de Sucre. Ocupación estudiante, estado civil soltero. Sin antecedentes Patológicos de Importancia,

consumidor habitual de energizantes en época de exámenes.

Paciente Ingresa al Servicio de Emergencias del hospital Santa Bárbara en fecha 15/04/10 por presentar alucinaciones auditivas y visuales, desorientación en tiempo y espacio.

Cuadro clínico de 24 horas de evolución antes de su ingreso a emergencias, tras la ingesta de energizantes tipo red bull 6 por día en los últimos 10 días, acompañado de neurovimin 1 frasco por día, familiares refieren que paciente se encuentra en exámenes y hace 3 días atrás presenta cambios de conducta y personalidad. Y hace 24 horas cuadro clínico se intensifica con alucinaciones auditivas y visuales, irritabilidad desorientación temporoespacial.

AL examen físico, facies descompuesta a expensas de componente psicológico, piel pálida hidratada normotérmica, aparato cardiaco ruidos cardiacos rítmicos regulares en 2 tiempos taquicardicos

Examen Neurológico Básico: Inconsciente desorientado en tiempo y espacio, no foco motor ni sensitivo, pupilas con midriasis bilateral hiporeactivas, Glasgow 9/15

Signos vitales: PA:90/60 mmHg FC:140 lpm FR:20 rpm

En el servicio de emergencias posterior a su evaluación se decide su internación en la sala de medicina interna con el diagnostico de Síndrome Confusional Agudo de Etiología a Determinar.

En la Sala de medicina interna se realiza soporte hemodinámico, se solicita laboratorio: hemograma completo, química sanguínea, examen general de orina gasometría arterial, e interconsulta con UTI por deterioro neurológico arritmia cardiaca tipo taquicardia paroxística supraventricular.

En fecha 17 en la Unidad de Terapia Intensiva se revierte el cuadro de la arritmia, todos los laboratorios dentro de parámetros normales, se solicita TAC Simple de cerebro y punción lumbar ambos estudios sin particularidad, se solicita cultivos de todas las secreciones

En fecha 18 se maneja el diagnostico de Síndrome Confusional Agudo

TIPO DE DROGA	CANTIDAD MÍNIMA DETECTADA	RESULTADO
Cocaína	300 ng/ml	Negativo
Marihuana (TCH)	50 ng/ml	Negativo
Meta-Anfetaminas		
Éxtasis	500 ng/ml	Negativo
Alcohol	300 ng/ml	50 ng/ml

AMINOACIDO	RESULTADO	VALORDE REFERENCIA
Glicina	133 ng/ml	niños: 110 a 240 adultos: 170 a 330
Taurina	4000 ng/ml	niños: 11 a 120 adultos: 45 a 130

de probable etiología Viral versus Intoxicación Medicamentosa, se procede a solicitar laboratorio toxicológico el cual se envía a la ciudad de Cochabamba para narcótico y aminoácidos por el antecedente de ingesta de energizantes.

En fecha 21 llegan los resultados de laboratorio toxicológico el cual reporta: Llegándose la diagnostico de intoxicación Aguda por Energizantes Secundaria al uso de Energizantes tipo Taurina en fecha 26, paciente con evolución estacionaria en toda su internación, con Glasgow de 10/15 no presentando mejoría, todos lo cultivo de secreciones salieron negativos.

En fecha 28 paciente es llevado a la ciudad de Cochabamba al hospital Viedma a la Unidad de Terapia Intensiva donde permaneció internado 3 días y posterior fue trasladado a un centro de Rehabilitación. Quedando como secuela daño neuronal irreversible.

**DISCUSION**

El mercado de las bebidas energizantes aumenta exponencialmente y la ausencia de mecanismos que regulen su comercialización promueve una publicidad amplia y provocadora con base en su efecto psicoactivo. Los efectos agudos y crónicos por la ingesta excesiva y a largo plazo de esas sustancias no se conocen claramente, pero con el creciente aumento en el consumo de ellas se han registrado mayores casos de intoxicación y dependencia a la cafeína. Es fundamental conocer el impacto de los componentes de las bebidas energizantes y de acuerdo con los riesgos potenciales, tomar medidas regulatorias para atenuar sus consecuencias negativas.

Se evidencia que los componentes de las bebidas energizantes no son completamente inocuos y pueden presentarse efectos adversos, sobre todo a expensas de las metilxantinas que se encuentran en altas concentraciones. (7,8,9)

En varios de los estudios revisados sobre los energizantes se observan aumento de la tensión arterial, taquiarritmias y dislipidemias en quienes consumen regularmente estos productos (10). Asimismo, se ha reportado infarto cardíaco y lesión neurológica irreversible tras un consumo fuerte de bebidas energizantes y se consideró como causa probable un vasoespasma inducido por cafeína y taurina, como el caso que presentamos (10,11).

No se conocen las repercusiones que pueden presentarse con el consumo crónico de estas bebidas. Algunos autores sugieren que con dosis altas y el uso prolongado tiene efectos genotóxicos, citotóxicos y mutagénicos.

Aun así, faltan estudios que puedan demostrar experimentalmente estas deducciones y que establezcan con claridad las concentraciones consumidas y el tiempo requerido para el establecimiento de estos efectos deletéreos que no se descartan hasta ahora. Con el consumo crónico puede presentarse dependencia a la cafeína que genere un síndrome de abstinencia tras la suspensión abrupta. Por esta capacidad de inducir tolerancia y abstinencia, algunos autores sugieren que tiene características adictivas y no recomiendan su uso en pacientes con vulnerabilidad a la adicción y en menores de edad, ya que además de lo anterior puede establecerse a posterioridad un síndrome de hiperactividad. (11,12)

Sus propiedades estimulantes no tienen discusión, hay aumento en el desempeño intelectual y físico en quienes las consumen mientras dura su acción, especialmente en personas sin tolerancia a la cafeína. En consumidores habituales de altas dosis, estos efectos estimulantes son ligeros y en su mayoría se explican por la reversión del síndrome de abstinencia (14). La evidencia es insuficiente en mostrar que son más efectivas en mejorar la función cognitiva o aumentar la energía en comparación con las bebidas tradicionales como café, té o colas (15,16).

Es importante advertir que no se trata de medicamentos o complementos nutricionales, son bebidas cafeinadas y además de registrar las cantidades de sus componentes, sería útil advertir que los niveles altos de cafeína se pueden relacionar con la presencia de manifestaciones como: taquicardia, irritabilidad y nerviosismo. (17).

Se debe brindar información a la población de riesgo, menores de edad, mujeres embarazadas, diabéticos, enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas y personas susceptibles a crisis convulsivas es necesario que los médicos se familiaricen con las sustancias más extensamente usadas y con su perfil toxicológico y de la necesidad de realizar más estudios sobre los efectos que pueden producir a corto, mediano y largo plazo.

#### BIBLIOGRAFIA

- MEADOWS-OLIVER M, RYAN-KRAUSE P. Powering up with sports and energy drinks. *J Pediatr Health Care*. 2007;21:413-6.
- GOLFRANK, LEWIS R. GOLFRANK'S Toxicologic Emergencies. Seventh Edition ed. United States of America: Mc Graw Hill; 2002.
- BENT J. Critical Care Toxicology Diagnosis and Management of the Critically Poisoned Patient. First ed. Philadelphia - Pennsylvania: Elsevier MOSBY. 2005.
- CANO R, ISENBERG JI, GROSSMAN MI. Cimetidine inhibits caffeine-stimulated gastric acid secretion in man. *Gastroenterology*. 1976;70:1055-7.
- USMANI OS, BELVISI MG, PATEL HJ, CRISPINO N, BIRRELL MA, KORBONITS M, et al. Theobromine inhibits sensory nerve activation and cough. *FASEB J*. 2005; 19:231-3.
- SHANNON M. Life-threatening events after theophylline overdose: a 10-year prospective analysis. *Arch Intern Med*. 1999;159:989-94.
- FORMAN J, AIZER A, Young CR. Myocardial infarction resulting from caffeine overdose in an anorectic woman. *Ann Emerg Med*. 1997; 29: 178-80.
- BENDER PR, BRENT J, KULIG K. Cardiac arrhythmias during theophylline toxicity. *Chest*. 1991;100:884-6.
- FISONE G, BORGKIVIST A, USIELLO A. Caffeine as a psychomotor stimulant: mechanism of action. *Cell Mol Life Sci*. 2004; 61:857-72.
- LAURENCE AS, WIGHT J, FORREST AR. Fatal theophylline poisoning with rhabdomyolysis. *Anaesthesia*. 1992; 47:82.
- WESTER TERP-PLANTENGA M, DIEPVENS K, JOOSEN AM, BERUBE-PARENT S, Tremblay A. Metabolic effects of spices, teas, and caffeine. *Physiol Behav*. 2006; 89: 85-91.
- SPECTERMAN M, BHUIYA A, KUPPUSWAMY A, STRUTTON PH, CATLEY M, DAVEY NJ. The effect of an energy drink containing glucose and caffeine on human corticospinal excitability. *Physiol Behav*. 2005;83:723-8.
- KENNEDY DO, Scholey AB. A glucose-caffeine 'energy drink' ameliorates subjective and performance deficits during prolonged cognitive demand. *Appetite*. 2004;42:331-3.
- FERNANDES O, SABHARWAL M, SMILEY T, PASTUSZAK A, KOREN G, EINARSON T. Moderate to heavy caffeine consumption during pregnancy and relationship to spontaneous abortion and abnormal fetal growth: a meta-analysis. *Reprod Toxicol*. 1998;12: 435-44.
- FRIED RE, LEVINE DM, KWITEROVICH PO, DIAMOND EL, WILDER LB, Moy TF, et al. The effect of filtered coffee consumption on plasma lipid levels. Results of a randomized clinical trial. *JAMA*. 1992; 267:811-5.
- ROSS PD. Osteoporosis. Frequency, consequences, and risk factors. *Arch Intern Med*. 1996;156:1399-411.
- WILLETT WC, STAMPFER MJ, MANSON JE, COLDITZ GA, ROSNER BA, SPEIZER FE, et al. Coffee consumption and coronary heart disease in women. A ten-year follow-up. *JAMA*. 1996;275:458-62.

## MIOMA UTERINO Y EMBARAZO

### Dr. Gonzalo Virreira Prout

Medico Ginecólogo Obstetra - Jefe Servicio Ginecología  
Socio Activo I.M.S.

### Dr. Nestor Padilla Soliz

Medico Ginecólogo Obstetra

### Dr. Juan Martinez

Medico Anestesiólogo

### Dr. Alvaro Rodriguez Herrera

R-III

Hospital Gineco-obstetrico- Neonatal "Dr. Jaime Sánchez Porcel".  
Sucre -Bolivia

**Palabras Clave:** Embarazo, mioma, miomectomía

**Key Words:** Pregnancy, myoma, myomectomy

### RESUMEN

El presente caso clínico trata sobre una paciente que cursó con un embarazo presentando un mioma uterino subseroso fúndico previo, a la cual se le realizó una miomectomía por laparotomía convencional a las 24 semanas de gestación previa compensación y preparación para dicha intervención, el mioma tuvo un peso de 3,2 kilogramos, la paciente siguió una recuperación favorable post operatoria.

El embarazo continuó sin presentar complicaciones hasta alcanzar las 37 semanas procediendo a la cesárea segmentaria transperitoneal obteniéndose un recién nacido totalmente sano. Puerperio quirúrgico normal inmediato y mediato ambos dados de alta en condiciones favorables.

### SUMMARY

The present case is about a patient who cursed with a pregnancy tendering a fundic subserose myoma uterine previous, whom was realized a myomectomy by conventional laparotomy at 24th weeks of pregnancy previous compensation and preparation for that intervention, the myoma had a weight of 3.2 kilograms, the patient was still continued with a favourable recovery post operatory.

The pregnancy continued without complications until the 37 weeks, to carry

out a segmentary transperitoneal caesarean obtaining a healthy newborn baby, the quirurgic post partum period early and late and were normal, both mother and child had a hospital dismissal in optimal conditions.

### INTRODUCCION

Los miomas son las tumoraciones ginecológicas benignas más frecuentes durante el embarazo.

A partir de los 30 años, una de cada tres mujeres presenta algún tipo de mioma. Los miomas pueden ser únicos o múltiples, y según su situación se clasifican en subserosos, intramurales y submucosos.

Durante el embarazo, un 60 % no modifica significativamente su tamaño, mientras que un 40 % experimenta crecimiento. (1)

Su frecuencia durante el embarazo quizá sea de casi 2 % y depende de las características de la población y la frecuencia de la ecografía sistemática. (2)

El tratamiento de los miomas sintomáticos consiste en analgesia y observación. Muy a menudo, desaparecen los signos y síntomas a los pocos días, pero la inflamación puede

estimular el trabajo de parto. Pocas veces es necesario el tratamiento quirúrgico durante el embarazo. (2)

La miomectomía en general está contraindicada durante el embarazo. En algunos casos, el dolor inexorable por infarto y degeneración obligan al tratamiento quirúrgico. La mayoría de los autores están de acuerdo que el tratamiento quirúrgico debe limitarse a los tumores con un pedículo definido que puede pinzarse y ligarse con facilidad. Por lo general, la resección de los miomas intramurales durante el embarazo o al momento del parto estimula la hemorragia abundante (2).

Son alentadores datos escasos en torno a la miomectomía indicada durante la gestación. De Carolis et al. (2001) y Celik et al. (2002) describieron buenos resultados en 23 mujeres. La mayoría se hallaba entre las 14 y 20 semanas y, en casi la mitad, se llevó a cabo el tratamiento quirúrgico a causa del dolor. En alguno de estos casos, un mioma intramural estaba en contacto con el lugar de implantación. Excepto por una pérdida inmediatamente después de la intervención a las 19 semanas, la mayoría de las mujeres fue objeto de partos por

cesárea al término. Estos investigadores resaltan que tal tratamiento es para casos muy seleccionados. Joo et al.(2001) describieron la resección de un mioma fúndico degenerativo de 940 g de peso a las 25 semanas, que producía deformidad de la postura del feto y oligohidramnios. En el período posoperatorio, el volumen del líquido amniótico se normalizo y más tarde la mujer fue sometida a un parto por cesárea de un recién nacido normal.(2)

Las pacientes con leiomiomas uterinos tienen más probabilidades de presentar complicaciones que comprometan los resultados obstétricos y perinatales durante la gestación.se ha demostrado que tiene un mayor riesgo de crecimiento intrauterino retardado, abrupcio placentae, distocias de la presentación, más riesgo de cesárea y transfusiones sanguíneas, un aumento de la frecuencia de rotura prematura de membranas y parto pretermino. También presentan un riesgo más elevado de sufrir hemorragia puerperal, fundamentalmente como consecuencia de una mayor frecuencia de atonía uterina. (3)

La miomectomía, previa a la gestación, puede estar justificada en algunas circunstancias para reducir los riesgos adversos en los resultados obstétricos de algunos pacientes. (3)

Consideramos importante esta publicación porque es el primer caso clínico de estas características en el Hospital Gineco-Obstétrico y Neonatal "Jaime Sánchez Porcel" en Sucre, Bolivia, es el principal centro de referencia de tercer nivel y atención de embarazos de alto riesgo en el sur del país, demostrar que la miomectomía en mujeres embarazadas puede realizarse con seguridad y bajo riesgo en pacientes bien seleccionadas como se ha verificado en otros casos más publicados de La Paz (4) y Cochabamba (5).

### PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 42 años nuligesta natural de Ocurí sin ningún antecedente clínico ni heredofamiliar de relevancia, referida a nuestro

hospital de un segundo nivel de la ciudad, con los antecedentes de haber presentado sintomatología compatible con reflujo gastroesofágico que no responde a tratamiento convencional y por presentar dolor de tipo cólico intermitente compatible con amenaza de aborto medicada con antiespasmódicos y tratada por una infección urinaria baja con amoxicilina y con diagnóstico de miomatosis uterina gigante por ecografía referida para su atención por tercer nivel. Refería principalmente dolor de tipo urente a nivel retroesternal que se acompañaba de vómitos bilioalimenticios de 2 a 3 oportunidades con evolución de 2 semanas y además de dolor de tipo cólico de leve intensidad a nivel de hipogastrio sin episodios de sangrado transvaginal.

Al examen clínico presentaba una facies álgida y mucosas poco hidratadas además de presentar un edema localizado a nivel de miembros inferiores en región maleolar dentro de lo más relevante, signos vitales dentro de parámetros normales.

Al examen gineco-obstétrico altura uterina de 36 cm y era posible palpar la consistencia dura del mioma que alcanzaba el apéndice xifoides con una presentación indiferente y fetocardia de 144 lpm (fig.1).El tacto vaginal solo revela presencia de secreción blanquecina en moderada cantidad.

En los exámenes complementarios el hemograma revela una anemia moderada con hematocrito de 25 % y una hemoglobina de 8 g/dl, el resto de los valores informan una función hepática y renal preservada y sin alteración en la coagulación, el proteinograma como parámetro alterado la albúmina que estaba en 2.6 mg/dl y un ionograma con leves alteraciones, el examen general de orina revela de 30 mg de proteinuria y el examen bacteriológico de flujo vaginal revela presencia de candidas.La ecografía reporta mioma el cual mide según la misma 25 cm x 15 cm x 15 cm de localización fúndica y subseroso con feto vivo eutrófico con peso estimado de 378 gramos y demás órganos normales .El ECG es normal y placa de tórax sin particularidad.

Se realiza interconsulta con gastroenterología clínica para descartar cuadros de origen gastroenterológico.

Tras esta evaluación se llega a los diagnósticos de embarazo de 20 semanas por FUM y ecografía, mioma uterino, enfermedad por reflujo gastroesofágico, síndrome anémico crónico y síndrome edematoso secundario a hipoalbuminemia y candidiasis vaginal.

Se realiza tratamiento fundamentalmente para controlar los síntomas que presentaba la paciente por la enfermedad por reflujo gastroesofágico subyacente a consecuencia del mioma y embarazo además de corrección electrolítica.

Tras definir las características del mioma uterino grande concomitante a gestación de 20 semanas ya presentaba ocupación completa de la cavidad abdominal y que su crecimiento no era compatible con un embarazo a termino sin presentar complicación en el transcurso de la misma, con la particularidad de ser primigesta añosa, se decide realizar junta médica compuesta por ginecólogos obstetras y médicos internistas; se decide la miomectomía ,por lo anteriormente expuesto, previa valoración pre quirúrgica asimismo consentimiento informado por riesgo materno y fetal.

Se procede entonces a la transfusión de unidades de paquetes globulares y albúmina humana cada 12 horas durante

FIGURA N° 1



5 días, estabilizando la hipoalbuminemia logrando un hematocrito de 29 % y hemoglobina de 9.6 g /dl y albúmina de 3.5 mg/dl.

Se provee disponibilidad inmediata de paquetes globulares, sala de terapia intensiva y posibilidad de apoyo quirúrgico de otras especialidades, cirugía y urología.

A los 15 días de internación se procede a la cirugía con todas las precauciones ya descritas. Se realiza por parte de anestesiología, anestesia general con inducción administrando propofol y succinilcolina, mantenimiento realizado con sevoflourano 1% que cuenta con un perfil de recuperación rápida complementado con atracurio.

Se procede a incisión mediana supra umbilical que alcanza xifoides de aproximadamente 15 cm, a la semiología quirúrgica se observa útero grávido con anexos normales y presencia de tumoración xifoumbilical compatible con mioma uterino subseroso con medidas de 21 cm x 17 cm x 17 cm presentando unión de víscera y mioma de 12 cm de diámetro aproximadamente(fig.2), se procedió a infiltración con bupicaína al 1% con epinefrina 25:1000 en plano subseroso anterior y posterior de la unión útero y mioma (fig.3), se procedió a la exéresis del mismo mediante divulsión instrumental y digital evidenciando durante el procedimiento neo vascularización venosa importante entre la víscera y tumoración de 12 cm de extensión(fig.4), se produjo sangrado aproximadamente de 800 cc.posteriormente se realiza puntos invaginantes en 2 planos con hilo sintético reabsorbible en el lecho del mioma además se procede a aproximación de serosa con hilo natural reabsorbible (fig.5 y 6), hemostasia satisfactoria se deja dren de Rubber en fondo de saco de Douglas y se exterioriza por fosa iliaca derecha con lo que concluye el acto quirúrgico (fig.7).

FIGURA N° 2



FIGURA N° 3

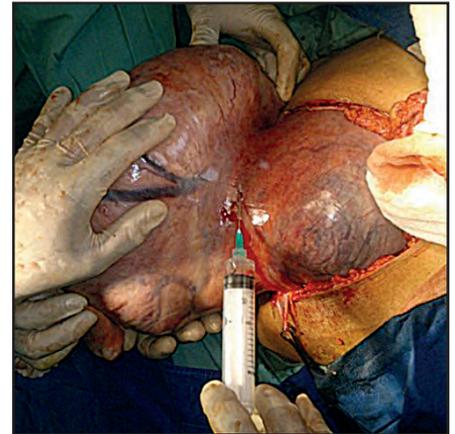


FIGURA N° 4



FIGURA N° 5

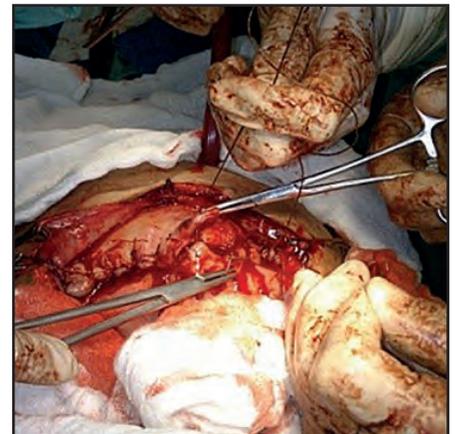
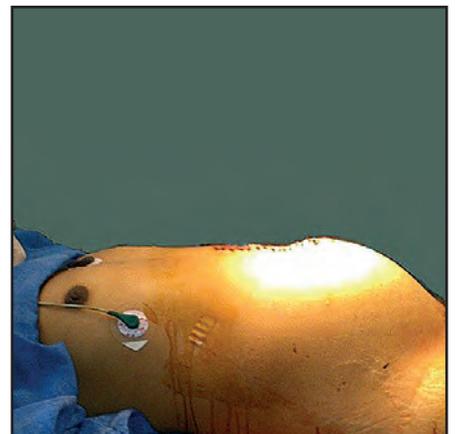


FIGURA N° 6



FIGURA N° 7



Se utilizaron soluciones cristaloides, agente con gelatina y paquetes globulares para mantener estable hemodinámicamente a la paciente.

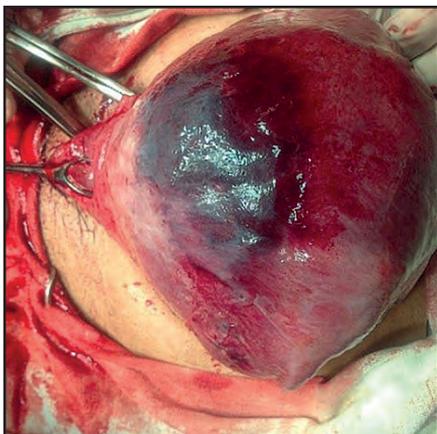
Postoperatorio favorable, se administró indometacina 100 mg por 3 días y progesterona micronizada por 12 días, cefalosporina de tercera generación como protección antimicrobiana durante 12 días por vía parenteral y luego por vía oral. Analgesia post operatoria: dipirona en infusión continua y posteriormente en horario durante 8 días coadyuvado por tramadol por razón necesaria en los primeros 3 días, además se continua administrando albumina, paquetes globulares y electrolitos para compensación electrolítica y hemática de acuerdo al reporte de laboratorio.

Tras la evolución favorable y con parámetros de hematocrito de 26 %, hemoglobina de 8.3 g/dl, albumina de 2.8 mg /dl y demás parámetros normales, tras 29 días de internación y 13 días postoperatorios se le da el alta hospitalaria.

Realiza 2 controles prenatales más por consultorio externo del hospital sin presentar complicaciones. Sumando al finalizar el periodo prenatal 10 controles prenatales.

Paciente retorna a las 37 semanas de gestación para programación de cesárea, la misma se efectúa sin complicaciones, se observa a la semiología quirúrgica histerorrafa anterior bien consolidada en fondo uterino de color violáceo (fig.8).

FIGURA N° 8



Se obtiene producto único vivo de sexo masculino con peso de 3,1 kg, talla de 46 cm con apgar 8/9 transcurre con puerperio normal, y es dada de alta con su recién nacido al tercer día postquirúrgico, posteriormente realiza 2 controles de puerperio sin presentar patología alguna tanto materna como neonatal.

#### DISCUSION

El hallazgo de un mioma uterino gigante y embarazo es inusual, no existen muchos datos acerca de su frecuencia, en el presente caso se trato de un mioma ya previo a la gestación, que con 20 semanas de gestación ya tenía una altura uterina considerable y por masa ocupante xifoumbilical no era compatible con el desarrollo y crecimiento uterino para alcanzar la viabilidad del embarazo.

El control ecográfico fue significativo y de máxima orientación pre quirúrgica, no siendo imprescindible recurrir a otros medios de diagnóstico por imagen (Resonancia magnética). Se descartaron además otros tumores o patología intercurrente asociada mediante interconsultas con medicina interna y gastroenterología realizando así una evaluación multidisciplinaria.

La decisión de realizar la miomectomía se sustenta en el hecho expuesto anteriormente con la adición de que la madre era nuligesta con una edad peri menopáusica, un deseo genésico importante, se informo a la paciente sobre todas los riesgos e implicaciones que tenía el procedimiento y las posibles complicaciones inherentes al embarazo. Considerado como alto riesgo perinatólogico.

Aceptados los términos para la intervención se la estabiliza quien cursaba con anemia e hipoproteinemia más de tipo carencial, ambas se compensaron satisfactoriamente.

Se realizo la cirugía en condiciones favorables con todas las precauciones posibles. Al no existir mucha referencia bibliográfica al respecto, tampoco

existe mucha literatura que avale o no la conducta pero si algo en lo que se concuerda es que de ser necesaria la miomectomía durante la gestación es solamente en casos seleccionados, así como el descrito en el que el tipo de mioma y su localización hacían posible su extirpación técnicamente y que la cirugía brindaba más beneficios que desventajas para la gestación de la misma.

El diagnostico final por anatomía patológica fue: Leiomioma con degeneración hialina y mixomatosa de 3.2 kg.

La condición de la paciente al ser de origen rural desconocía totalmente su patología ginecológica salvo hasta su embarazo, lejos de la ecografía como método diagnostico, clínicamente era evidente la tumoración toracoabdominal. Creemos importante la publicación de este caso clínico iconográfico a fin de aportar experiencia en el manejo y resultado. Existen muchas mujeres en edad fértil con miomas no diagnosticados previamente y de un tamaño considerable cuyas cifras se desconocen. Por cuanto obliga a un mejor y adecuado control el presente caso fue abordado previa evaluación y consideración.

#### BIBLIOGRAFIA

1. J.M.CARRERA MACIA, J.MALLAFRE DOLS, B. SERRA Zantop. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus.289-290. Elsevier Masson.Barcelona.2006.
2. F.G. CUNNINGHAM, K.J. LEVENO, S.L.BLOOM, J.C.HAETH, D.J.ROUSE, C.Y.Spong.Williams Obstetrics twenty – third edition. 901-902-904.Mcgraw-Hill Interamericana Editores.Mexico, D.F.2011.
3. R.MATORRAS WEINIG, J.REMOHI GIMENEZ, V.SERRA SERRA. Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia.35. Editorial Medica Panamericana. Madrid.2012.
4. P.I.PARDO RAMIREZ, M.L.TORRICO Aponte.Miomectomía durante el embarazo.SCEM.Volumen 12.N°1.2009.
5. A. BRAÑEZ GARCIA, J. ESPINOZA QUINTEROS, V.GUTIERREZ RICALDI, C. CAMACHO CLAROS. Miomectomía durante el embarazo.G.M.B.N° 10.2007.

## INTOXICACION SEVERA POR MORDEDURA DE OFIDIO (ESPECIE CROTALUS), PRESENTACION DE UN CASO

**Dr. Boris Arancibia Andrade**

Internista -Toxicólogo Clínico, Departamento de Urgencias Hospital Santa Bárbara

**Dr.: Oscar Estrada Vedia**

Médico Familiar, Departamento de Urgencias y Hemodiálisis Hospital Santa Bárbara,

**Dr: Johnny Romero Ibarra**

Cirujano del Departamento de Urgencias Hospital Santa Bárbara,

**Dr: Freddy Carvajal Urquidi**

Cirujano del Departamento de Urgencias Hospital Santa Bárbara,

---

**Palabras Clave:** Ofidismo, mordedura de serpiente, insuficiencia renal aguda, suero antiofídico.

**Key Words:** Ophidism, snake bite, acute renal insufficiency antivenom.

---

### RESUMEN

Los accidentes Ofídicos, son aquellas que ocurren por mordeduras de serpientes, estos accidentes son muy frecuentes en nuestro país sobre todo zona de los valles y el trópico, si no se trata a tiempo con la administración del suero antiofídico presenta complicaciones severas, la mástemía y la esperada Insuficiencia Renal Aguda, llegando a internarse en Terapia Intensiva. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 25 años de edad procedente del área rural perteneciente al municipio de San Lucas, que sufrió accidente por mordedura de serpiente llegando a nuestro hospital al servicio de Urgencias 14 horas posterior ala mordedura, presentando coagulopatía, alteración del conciencia e Insuficiencia renal Aguda por lo que fue internado en Terapia Intensiva y tratado con hemodiálisis.

### SUMMARY

Theophidian accidents are those that occur from snake bites, these accident sare very common in our country, especially the valley area and the tropics, if not treated with antivenom administration presents the most feared severe complications and failure is

expected Renal Acute and reaching deep into Intensive Care. The case of a male patient of 25 years old coming from the municipality of San Lucas, accident suffered by snake bites rural area coming to our hospital to the emergency department 14 hours after the bite, presenting coagulopathy is presented, altered consciousness and acute renal failure so was admitted to ICU and treated with hemodialysis.

### INTRODUCCION:

La intoxicación más frecuente por venenos de animales, sin duda, la producida por mordedura de serpientes. Actualmente en el mundo se presenta alrededor de 5.400.000 accidentes de ofídicos, de los cuales 50% producen emponzoñamientos y 2.5% la muerte. Para América latina se estima 150.000 accidentes ofídicos y la muerte de 5000 personas por esta causa (OPS/OMS). (1,2)

De las cinco familias de serpientes venenosas existentes, la Víperalatasti es la responsable del mayor número de emponzoñamientos y su veneno es el más potente. Las culebras y las víboras

generalmente no atacan al hombre a no ser que se sientan amenazadas, normalmente huyen pero si se les molestan suelen ser muy agresivas. Las culebras son más agresivas que las víboras en cambio su mordida es menos peligrosa al ser humano. Los colmillos de las víboras son móviles y situados en la parte anterior del maxilar superior los cuales puede mover hacia adelante para inocular su veneno, estos son huecos y están íntimamente relacionados con las glándulas salivales que tiene el animal a ambos lados de la cabeza. Cuando atacan la cabeza y el cuello a gran velocidad, al morder, las glándulas son exprimidas por los músculos masticatorios liberando el veneno hacia los colmillos tubulares, este sistema de inyección del veneno consigue inocularlo de forma rápida, constante y muy eficiente. Los venenos tienen efecto necrosante, proteolíticos, fibrinolíticos, coagulantes, hemolíticos y neurotóxicos

Existen una serie de factores que influyen en la gravedad de la intoxicación, entre los que se encuentran: (2,3)

1. Edad, corpulencia y estado de salud del paciente. En los niños la gravedad es mayor.
2. Lugar de la mordedura. Son menos peligrosas en las extremidades y en el tejido adiposo que en el tronco o cara o las que penetran en un vaso sanguíneo. El orificio de los colmillos de descarga del veneno se encuentra bastante alto en los mismos, por lo que una ropa bastante fina puede proporcionar protección.
3. Las dimensiones de la serpiente, su grado de ferocidad o temor (mordedura más profunda), el contenido de sus glándulas venenosas (descargadas recientemente o llenas) y el estado de sus colmillos (rotos o recién renovados).
4. La presencia de bacterias en la boca del ofidio.
5. El ejercicio físico, como el correr tras la mordedura, acelera la absorción del tóxico
6. El tiempo desde la mordedura hasta la administración del antídoto para evitar complicaciones severas.(4,5,6) En Nuestro País Bolivia el accidente ofídico es un evento de notificación obligatoria. tenemos las siguientes Familias con sus especies de serpientes según su distribución por departamentos y sus características de los venenos. (1).(tabla 1)

**TABLA N° 1**

<b>1. Familia Viperidae:</b>	<b>Especie</b>	<b>Distribución</b>	<b>Veneno</b>
	Bothrops	Departamentos de Pando, Beni, Santa Cruz, y parte de La Paz, Cochabamaba, Chuquisaca y Tarija	Hematotxico, proteolítico y vasculotóxica
	Lachesis:	Pando, Beni y parte de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz)	Proteolítica, Hematotxico y neurotóxica
	Crotalus:	Todo el Departamento de Santa Cruz, gran parte de Beni y parte de Pando, La Paz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca	serpiente de cascabel el veneno de estos animales es muy fuerte neurotóxico y hematotxico.
<b>2. Familia Elapidae:</b>	Micrurus.-	Deparatamentos de Pando, Beni, Santa Cruz, y parte de La Paz, Cochabamaba, Chuquisaca y Tarija)se las denomina comúnmente corales o serpientes de coral.	potente veneno de acción neurotóxica. La neurotoxicidad es un término que hace referencia a aquellas alteraciones funcionales, estructurales y bioquímicas producidas en el Sistema Nervioso

Las manifestaciones clínicas que presentan serán:

1. Dolor severo en la zona afectada.
  2. Proceso inflamatorio: edema
  3. Hemorragia local, necrosis y flictenas.
  4. Difusión por vía: linfática y venosa
  5. Confusión.
  6. Taquicardia e hipotensión.
  7. Un estado de hipercoagulabilidadcorto
  8. Anticoagulación.
  9. Hiperpermeabilidad sistémica.
- Cada veneno tiene sus características propias.
- Tienen sus componentes específicos, por lo tanto debería describirse un síndrome clínico por cada especie y de esta manera establecer la gravedad de la mordedura. (6, 7,8), (tabla2)

**TABLA N° 2**

Grado 0: Sin envenenamiento	Dolor mínimo y solamente las marcas de las mordeduras
Grado I: Leve	Marcas, dolor, 2 a 10 cm de edema y eritema durante las 12 primeras horas, sin síntomas sistémicos
Grado II: Moderado	Marcas, dolor de 12 a 25 cm de edema y eritema durante las 12 primeras horas, síntomas sistémicos con rápida progresión, sangrado inicial en la herida.
Grado III. Severo	Marcas, dolor, edema y eritema mayor a 25 cm durante las 12 primeras horas, progresión muy rápida síntomas sistémicos con defectos de coagulación, gingivorragia, hipotensión leve
Grado IV: Muy severo	Reacción local muy rápida, edema puede involucrar el tronco ipsilateral, equimosis, ampollas, necrosis, síndrome compartimental, signos y síntomas sistémicos graves choque cardiovascular y Insuficiencia renal aguda (en algunos casos).

El tratamiento de las mordeduras de ofidios en las salas de emergencias siempre debe realizar el ABCD con buen soporte hemodinámico, Solicitar estudios complementarios como laboratorios, Hemograma Completo, urea, creatinina, CK, LDH, glucosa, coagulograma, AST. (8,9)

Antídoto.- Los sueros antiofídicos son soluciones isotónicas de inmunoglobulinas purificadas provenientes de plasma o de sueros de animales como los equinos hiperinmunizados con pequeñas cantidades de venenos de las diferentes serpientes venenosas, sueros monovalentes, y las combinaciones de las diferentes inmunoglobulinas son los suero polivalentes. Actualmente en Bolivia se producen inmunoglobulinas antiofídicas no liofilizadas en INLASA. En la medida de lo posible debe administrarse de inmediato a los pacientes en quienes se compruebe el envenenamiento. Ya que al administrar antes de las 6 horas evitamos toda la complicaciones como CID, IRA, Sepsis. (10, 11,12)

La administración del Suero antiofídico se debe vasar según el cuadro clínico: 5 frascos para casos leves, 8 a 10 frascos para casos moderados y de 15 a 20 ampollas para casos severos o muy severos, tener mucho en cuenta el

criterio médico y evolución del paciente. Es importante enfatizar que las mordeduras en niños son generalmente de mayor severidad, por lo que la dosis de suero antiofídico debe ser igual que para adultos.

Se debe observar con atención la aparición de reacciones adversas (urticaria, hipotensión, cefalea, náusea, broncoespasmo, escalofríos). si aparece se administra adrenalina 0.4mg cada 20 minutos 3 dosis por la vía subcutánea, así como un antihistamínico (Difenilhidramina o clorferinamida) y un esteroide (hidrocortisona o metilprednisona). (12, 13,14)

**PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Paciente de Sexo masculino de 25 años de edad natural de Achilla con residencia actual en la misma, Municipio de San Lucas NorCinti, ocupación agricultor, casado.

Sin antecedentes Patológicos de Importancia.

Paciente Ingresa al Servicio de Urgencias del hospital Santa Bárbara en fecha 5/01/14 con el antecedente de haber sido mordido por ofidio hace 14 horas atrás, paciente a su ingreso en mal estado general, disneico, taquicardico, desorientado con oligoanuria y hematuria.

Examen físico Desorientado, Decúbito dorsal activo indiferente, facies indiferente, Piel y mucosas con pálidas generalizada.

**SIGNOS VITALES:**

P.A: 160/100 mmhg  
F.C: 112 lpm.  
F.R: 32 rpm.

**EXAMEN FISICO REGIONAL:**

Aparato cardiaco: Taquicardicos, en dos tiempos sin patología Soplante  
Aparato respiratorio: Con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.  
Abdomen: Blando depresible con Ruidos Hidroaereos y peristaltismo conservado.  
Extremidades Inferiores: Hipotónicas, con edema Grado IV godet + + extremidad derecha se aprecia las marcas de la mordedura pierna cara posterior.

**EXAMEN NEUROLOGICO BASICO.**

Conciente, desorientada, pupilas isocoricas fotoreactivas, sin focalización, Glasgow 14/15.

**DIAGNOSTICOS DE ADMISION:**

-Intoxicación Severa por Mordedura de Ofidio con compromiso Hematológico y Neurológico

- Sepsis a foco piel y Partes blandas
- Insuficiencia Respiratoria Aguda
- Hipertensión Arterial Secundaria

Oxigeno Húmedo por Mascarillase solicita laboratorios de rutina más coagulograma, ionograma y hemocultivos se inicia antibiótico (Amoxicilina más Acido Clavulanico y clindamicina) y se administra 15 ampollas del suero antiofidicio en 500 ml

de solución fisiológica en una hora previa administración de clorferinamida, todo esto se realiza en la sala de Urgencias, se evidencia orina hematórica de 100 ml; 2 horas después se recoge laboratorios el cual reporta:

Se inicia plan terapéutico con monitorización Cardiológica y Pulsioximetría, fluidoterapia y

Se evidencia falla renal

Alteración del coagulograma y leucocitosis

HOSPITAL SANTA BARBARA  
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

Nº 9  
NOMBRE: Martínez [ ] Urgencias -2  
SOLICITA: Dr. Romero HORA: 4:25  
FECHA: 05/01/2014

**QUIMICA SANGUINEA**

GLUCOSA	147	V.N.	70 - 110 mg/dl
UREA	50 ↑	V.N.	10 - 45 mg/dl
CREATININA	2,5 ↑	V.N.	0,6 - 1,5 mg/dl
SODIO	140	V.N.	136 - 145 mmol/l
POTASIO	6,2 ↑	V.N.	3,5 - 5,1 mmol/l
CALCIO	0,91	V.N.	1,12 - 1,32 mmol/l

*[Signature]*  
BIOQUIMICA  
88°-2 - 172 Q1-88°

HOSPITAL " SANTA BARBARA "   
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

Nº 9  
NOMBRE: Martínez [ ] Urgencias -2  
SOLICITA: Dr. Romero HORA: 4:25  
FECHA: 05/01/2014

**HEMOGRAMA**

VSG 1º Hora mm	2	Leucocitos/mm3	28,000
Glóbulos Rojos/mm3:	5.457.000	Eosinófilos%:	0
Hematocrito %:	51	Basófilos %:	0
Hemoglobina g %:	17,0	Bastonados %:	2
Plaquetas/mm3	160,000	Segmentados neutrófilos %:	92
		Linfocitos %:	3
		Monocitos%:	3

Tiempo de sangría: 3 Min  
Tiempo de coagulación: Incoagulable  
Tiempo de Protrombina: Incoagulable Hasta los 240 seg. ↑  
Tiempo de Protrombina Control: 13 seg  
KPTT: Incoagulable hasta 240 seg  
Valores de Referencia de kptt: 33-48 seg

Grupo Sanguineo: "O"  
Factor: Rh positivo

*[Signature]*  
LABORATORISTA H.S.B.

Se decide su transferencia UTI en fecha 6/01/015 paciente es conectado .

Al respirador por insuficiencia respiratoria se administra nuevamente 15

ampollas del suero antiofidicio diluido en 500 ml se solicita laboratorios los cuales reportan:

Incremento de la urea, creatinina y potasio

Alteración en CK, TGO, LDH

HOSPITAL SANTA BARBARA  
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

Nº 120  
NOMBRE: Martínez [ ] UTI C-4  
SOLICITA: Dr. Flores HORA: 22:35  
FECHA: 06/01/2014

**QUIMICA SANGUINEA**

GLUCOSA	97	V.N.	70 - 110 mg/dl
UREA	126	V.N.	10 - 45 mg/dl
CREATININA	5,2	V.N.	0,6 - 1,5 mg/dl
SODIO	145	V.N.	136 - 145 mmol/l
POTASIO	5,8 ↑	V.N.	3,5 - 5,1 mmol/l
CALCIO	0,91	V.N.	1,12 - 1,32 mmol/l

*[Signature]*

HOSPITAL SANTA BARBARA  
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

Nº 88  
NOMBRE: Martínez [ ] UTI C-4  
SOLICITA: Dr. Flores HORA: 12:20 PM  
FECHA: 06/01/2014

**QUIMICA SANGUINEA**

GLUCOSA	114	V.N.	70 - 110 mg/dl
UREA	141	V.N.	10 - 45 mg/dl
CREATININA	4,6	V.N.	0,6 - 1,5 mg/dl
BILIRRUBINA TOTAL	0,48	V.N.	hasta 1,0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0,14	V.N.	hasta 0,2 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0,34	V.N.	
T.G.P.	3050	V.N.	Hasta 40 U/L
FOSFATASA ALCALINA	960	V.N.	Hasta 38 U/L
LDH	185	V.N.	34-114 U/L
LDH	736	V.N.	80 - 285 U/L
POSFORO	8,4	V.M	2,5- 4,6 mg/dl
T.G.P.	1,8	V.M	Hasta 38 U/L
CK	7520	V.N.	25 - 182 U/L
SODIO	147	V.N.	136 - 145 mmol/l
POTASIO	6,9	V.N.	3,5 - 5,1 mmol/l
CALCIO	0,69	V.N.	1,12 - 1,32 mmol/l

*[Signature]*

Se cambia el Diagnóstico a intoxicación severa por mordedura de ofidio (especie crotalus), complicada con insuficiencia renal aguda por rabdomiolisis.

Se realiza interconsulta con el servicio de Nefrología, quienes deciden realizar hemodiálisis, se realiza 2 sesiones en fecha 7 y 8.

**Con estos valores ingresa a hemodiálisis**

**El coagulograma se normaliza**

HOSPITAL SANTA BARBARA  
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

Nº 75 UTI

NOMBRE: Martínez

SOLICITA: Dr. Flores HORA: 14:20

FECHA: 07/01/2014

**QUIMICA SANGUINEA**

GLUCOSA	92	V.N.	70 - 110 mg/dl
UREA	162	V.N.	10 - 45 mg/dl
CREATININA	7,2	V.N.	0,6 - 1,5 mg/dl
SODIO	149	V.N.	136 - 145 mmol/l
POTASIO	6,2	V.N.	3,5 - 5,1 mmol/l
CALCIO	0,81	V.N.	1,12 - 1,32 mmol/l

LF6 = 15,52

*[Signature]*  
BIOQUIMICA  
Prof. P-462

HOSPITAL " SANTA BARBARA "

LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

No 71

NOMBRE: Martínez

SOLICITA: DR. Condori UTIC-4

FECHA: 08-01-14 HORA: 15:20

**EXAMEN DE SANGRE**

Tiempo de protrombina 14 seg.

Tiempo de protrombina control 13 seg.

INR 1,09

*[Signature]*

**Descienden los valores de la CK, TGO**

HOSPITAL SANTA BARBARA  
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

Nº 89 UTI-4

NOMBRE: Martínez

SOLICITA: Dr. Cabrera HORA: 16:40

FECHA: 07/01/2014

**QUIMICA SANGUINEA**

PROTEINAS TOTALES	5,5	V.N.	6,2 - 8,5 mg/dl
ALBUMINA	3,0	V.N.	3,5 - 4,8 mg/dl
GLOBULINA	2,5		
RELACION A/G	1,2	V.N.	1,2 - 2,2 g/dl
BILIRRUBINA TOTAL	0,39	V.N.	hasta 1,0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0,09	V.N.	hasta 0,2 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	0,3	V.N.	
T.G.O.	180	V.N.	Hasta 40 U/L
T.G.P.	204	V.N.	Hasta 38 U/L
L.D.H.	5940	V.N.	80 - 285 U/L
CK	406	V.N.	25-192 U/L

*[Signature]*

Se realiza control laboratorial después de las 2 sesiones de hemodiálisis el cual reporta:

Paciente con buena evolución clínica se controla la infección en fecha 8 es extubado y en fecha 10 es transferido a la sala de medicina interna donde se realiza controles periódicos de la función renal y soporte hemodinámico. Se realiza control en fecha 19 el cual reporta:

Paciente con buena evolución se indica el alta por medicina interna y nefrología con valores de laboratorio que reporto de la siguiente manera:

**La urea, la creatinina y el potasio empiezan a retornar a sus valores normales**

HOSPITAL SANTA BARBARA  
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

No 71  
NOMBRE: Martínez  
SOLICITA: Dr. Candori  
FECHA: 08/01/2014

UTI  
HORA: 15:20

**QUIMICA SANGUINEA**

GLUCOSA	66	V.N.	70 - 110 mg/dl
UREA	72	V.N.	10 - 45 mg/dl
CREATININA	3,9	V.N.	0,8 - 1,6 mg/dl
CPK	320	V.N.	25-192 U/L
SODIO	146	V.N.	136 - 145 mmol/l
POTASIO	4,0	V.N.	3,5 - 5,1 mmol/l
CALCIO	0,95	V.N.	1,12 - 1,32 mmol/l

*Handwritten:* UG = 28,6  
PO = 308,1

*Signature:* Dra. Janeth C. Pérez S.  
BIOQUIMICA  
Asst. Prof.

HOSPITAL SANTA BARBARA  
LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

No 36  
NOMBRE: Martínez  
SOLICITA: Dr. Rodriguez  
FECHA: 19/01/2014

Medicina Interna C-4  
HORA: 12:35

**QUIMICA SANGUINEA**

UREA	31	V.N.	10 - 45 mg/dl
CREATININA	1,7	V.N.	0,6 - 1,5 mg/dl
SODIO	137	V.N.	136 - 145 mmol/l
POTASIO	4,0	V.N.	3,5 - 5,1 mmol/l
CALCIO	0,83	V.N.	1,12 - 1,32 mmol/l

*Handwritten:* 6,7

*Signature:* Dra. Janeth C. Pérez S.  
BIOQUIMICA

HOSPITAL " SANTA BARBARA "

LABORATORIO CENTRAL  
SUCRE - BOLIVIA

No 72  
NOMBRE: Martínez  
SOLICITA: Dr. Quispe  
FECHA: 23/01/2014

MI C-4  
HORA: 1:40 PM

**QUIMICA SANGUINEA**

UREA	30	V.N.	10 - 45 mg/dl
CREATININA	1,1	V.N.	0,6 - 1,5 mg/dl
SODIO	139	V.N.	136 - 145 mmol/l
POTASIO	3,8	V.N.	3,5 - 5,1 mmol/l
CALCIO	0,87	V.N.	1,12 - 1,32 mmol/l

*Signature:* Dra. Janeth C. Pérez S.  
BIOQUIMICA

**DISCUSIÓN**

Analizando el caso que presentamos el elemento más importante en la evolución y pronóstico del paciente, es el tiempo que media entre la mordida y la aplicación de tratamiento específico (sueroterapia), al no aplicar a tiempo el antídoto se presentan las complicaciones y la más esperada y temida es la insuficiencia renal aguda tiene grandes posibilidades de recuperarse en pocos días. El tratamiento en estos casos, es el antídoto y mantener el equilibrio del medio interno hasta que aparezca la recuperación renal, seguimiento que debe ser realizado en UTI. Un estudio de Ofidismo realizado en el Hospital Municipal de Paraíso de Tocantins, Estado de Tocantins, Brasil, en el periodo comprendido de 1998 al 2002 y publicado el 2006 en la Revista Cubana Med. Gen Integr. 22(02), concluye que la aplicación precoz (antes de las 6 hrs.) de la terapéutica específica (suero antiofídico) define el pronóstico y evolución de los pacientes que sufren mordedura de serpiente venenosa, los pacientes que recibieron el tratamiento pasadas las 6 horas ( 12, 24 y 48 hrs ) presentaron mal pronóstico y evolución desfavorable como insuficiencia renal aguda, CID y muerte.

El paciente llegó al nuestro hospital con 14 horas de evolución desde la mordedura de la serpiente presentando todas las complicaciones descritas en la literatura presentando coagulopatía, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal aguda. Mientras más tiempo transcurra desde

la mordedura a la aplicación el suero mayor será las complicaciones. A su llegada se administró el antídoto en la sala de urgencias y se realizó buen soporte hemodinámico con 2 sesiones de hemodiálisis con evolución satisfactoria.

**CONCLUSIONES**

La aplicación precoz (antes de las 6 h) de la terapéutica específica (suero antiofídico) define el pronóstico y evolución de los pacientes que sufren mordedura de serpiente venenosa. Es importante la vigilancia estricta, desde el primer momento, de la función renal, la coagulación sanguínea y los parámetros hemodinámicos.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Ministerio de Salud y Deportes, Dirección General de Servicio de Salud. Unidad de Epidemiología. Programa Nacional de Vigilancia y Control de Accidentes Ofídicos y Ponzosñosos, Manual y Guía de Atención de los Accidentes Ofídicos. La Paz: Editorial Presencia, 2013
2. AUBERT M, HARO L. JOUGLARD J. Les envenimations par les serpent exotiques. Med Trop Mars. 1996;56(4):384-92.
3. BARRAVIERA B. Venenos animais. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 1994.
4. SILVERA PV, NISHIOKA SA. Non-venomous snake bite and snake bite without envenoming in a Brazilian teaching hospital. Rev Inst Med Trop São Paulo. 1992;34(6):499-503.
5. LEBRÃO ML, RIBEIRO LA, JORGE MT. Snake bite and antivenom complications in Belo Horizonte,

6. Dempfle CE, Kohl R, Harenberg J, Kirschstein W. Coagulopathy after snake bite by Bothropsnewiedi: case report and results of in vitro experiments. Blut. 1990;61(6):369-74.
7. AZEVEDO-MARQUEZ MM, CUPO P, Coimbra TM. Myonecrosis, myoglobinuria and acute renal failure induced by South American rattlesnake (Crotalusdurssusterrificus) envenomation in Brazil. Toxicons. 1985;23(4):631-6.
8. MEIER J, STOCKER K. Effects of snake venoms on homeostasis. Crit Rev Toxicol. 1991;21(3):171-82.
9. AMORIN MF, MELLO RF. Intermediate nephron nephrosis from snake poisoning in man. Histopathology study. Am J Pathol. 1954;30:479-99.
10. CARVALHO ML, GOMES AP, Siqueira-Batista R. Ofidismo do Brasil. ARS CVRANDI RevClinMed. 2000;4:54-64.
11. Brasil. Ministerio da Saude. Manual de diagnostico e tratamento de acidentes por animales peçonhentos, 1988.
12. RIBEIRO LA, JORGE, MT, Iversson LB. Epidemiologia do acidente por serpentes peçonhentas: estudio de casos atendidos em 1988. RevSaudePublica. 1995;29(5):380-8.
13. Brasil. Ministerio da Saúde. Manual de diagnostico e tratamento de acidentes ofídicos. Brasília: 1988.p.53.
14. RODRÍGUEZ AA, UZCATEGUI W, AGUILAR I, GIRON ME. Análisis clínico y epidemiológico de los accidentes por mordeduras de serpientes del género Bothrops en Venezuela. Rev Cubana Med Trop. Ago 2000;52(2):90-2.

**“HIJO DE MADRE DIABETICA” “HMD”****Dr. Jose Luis Chavarria R.**

Medico Pediatra- Neonatologo

Docente Titular Asignatura de Pediatria Carrera de Medicina UMRPSXCH

Socio Activo Instituto Médico sucre

**Dra. Doris A. Rodriguez C.**

Medico Pediatra

Docente Titular Asignatura de Pediatria Carrera de Medicina UMRPSXCH

**Dra. Marlene Pallares**

Medico Pediatra – Neonatologo Hospital Gineco- Obstetrico “Jaime Sanche Porcel”

**Dra. Verónica Gutiérrez A.**

Medico Pediatra R- II Neonatologia, Hospital Gineco - Obstetrico “Jaime Sanchez Porcel”

**Palabras Clave:** Madre diabéticas. Hijo de Madre Diabética**Key Words:** Diabetic mothers. Neonate born from Diabetic mother**RESUMEN**

Se describen y analizan las complicaciones que suelen tener los hijos de madres diabéticas en la etapa prenatal, al momento del parto, en el periodo neonatal inmediato y a largo plazo. Se informa, además, de las pautas vigentes de manejo, en nuestro nosocomio.

**SUMMARY**

The clinical characteristics of neonates born from diabetic mothers, in the prenatal period, at birth, in the early neonatal period and at long term, are analyzed. Some comments are made about current recommended management, in the clinic

**INTRODUCCIÓN:**

La diabetes mellitus (DM) es la enfermedad que con mayor frecuencia complica el embarazo y se presenta aproximadamente en el 4% de las gestaciones. El 3 a 10% de los embarazos se complica con un control de glucemia anormal; de estos el 80% son causados por la diabetes mellitus o la diabetes gestacional. Es una

enfermedad genética: autosómica, recesiva y de índole multifactorial que se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas. Está asociada a deficiencia (absoluta o relativa) de secreción de insulina, con grados variables de resistencia a esta hormona. Los problemas clínicos más frecuentes son alteraciones del crecimiento fetal, hipoglicemia, prematurez, asfisia, enfermedad de membrana hialina (EMH) y malformaciones congénitas. A estas se deben agregar la hipocalcemia, poliglobulia, miocardiopatía hipertrófica, hipomagnesemia e hiperbilirrubinemia. Un mejor conocimiento de esta enfermedad ha hecho que la coincidencia de embarazo y DM en la mujer, haya pasado de ser poco frecuente y de consecuencias graves para el neonato, a ser ahora un problema que, con un adecuado control metabólico de la embarazada, es posible tener un neonato con un crecimiento intrauterino normal y sin complicaciones.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

RN ingresa con macrosomia fetal, cianosis, dificultad respiratoria moderada, labilidad pulmonar con apoyo de O<sub>2</sub> por máscara con 5 litros satura de 92%.

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

Parto por cesarea, con antecedentes de Preeclampsia materna y Diabetes Gestacional, embarazo controlado, nació con peso de 4.785gr, Talla 54cm, P. Cef: 37 cm, Apgar 8 -9 de 34 semanas, con taquipnea y dificultad respiratoria posterior al nacimiento por lo cual requirio apoyo de O<sub>2</sub> por mascara. (Figura N° 1)

**EXAMEN FISICO:**

Es ingresado a UCIN en MEG con edema generalizado, torax con DR Silverman 7, MV disminuido, se procede a IET, cardiaco: con soplo sistolico 3/6, abdomen globuloso distendido con hepatomegalia palpable a 4cm DR, región inguino escrotal con leve edema, extremidades con movilidad y buena perfusión distal.

FIGURA N° 1



FIGURA N° 2



**INGRESA Diagnostico:**

Prematuridad (34 semanas ).  
 Síndrome de dificultad respiratoria  
 Enfermedad de Membrana Hialina  
 Hijo de Madre Diabetica. (Figura N° 2)  
 \*Se inicio plan parenteral 60ml/kg/d,  
 Flujo de glucosa 5,4, Ayunado.  
 \*Laboratorios: Hemograma, glicemia,  
 calcio y serologia neonatal.(HMG:  
 neutrofilia - Rodwell 1, PCR (-),  
 serologia (-)  
 \*Radiografía de Torax.  
 evolución inicial bastante torpida  
 con dificultad respiratorios y  
 parámetros altos de Asistencia  
 mecanica respiratorio, (ARM) y Rx  
 de tórax compatible con Enfermedad  
 de membrana Hialina(E.M.H.)  
 recibiendo 3 dosis de surfactante,  
 cursando con transtornos metabólicos:  
 Hipoglucemia, Hipocalcemia Persistente,  
 Hipomagnesemia y Acidosis Metabolica  
 descomp.  
 Con soplo sistolico III – IV/VI, se  
 realiza interconsulta con cardiología  
 Infantil: Ductus arterioso permeable (D.  
 A. P) Hipertensión Pulmonar Moderada,  
 Dilatación de cavidades izquierdas con  
 Indometacina y diuréticos por razon  
 necesaria  
 Durante su estadía hospitalaria realizo  
 3 esquemas de TTO ATB, cursando con

sepsis nosocomial con cultivos (+) a  
 ESCHERICHIA COLI en sangre y Punta  
 de cateter, sensible a Impipemen

A los 29 dias fué dado de alta  
 hospitalaria, con evolución favorable  
 y con recomendación de retornar por  
 Consultorio externo de pediatria y  
 cardiologia.

**Diagnostico de EGRESO:**

Prematuridad (EGC 38 sem. )  
 SDR – EMH Tratada  
 Hijo de Madre Diabetica.  
 Sepsis Nosocomial Tratada.  
 Dstrubio Metabólico Resuelto.  
 DAP tratado.

**CONCLUSION**

Los HMD, representan un 10% de los  
 RNV. Las frecuentes complicaciones:  
 neurológicas, metabólicas, respiratorias,  
 infecciosas o cardiacas que pueden  
 condicionar un aumento de la  
 morbilidad y mortalidad hasta el 70%. El  
 control metabólico estricto de la mujer  
 embarazada contribuye a reducir toda la  
 problemática del HMD.

**COMENTARIO**

A pesar de los progresos en la asistencia  
 y tratamiento de los embarazos en

pacientes diabéticas, incluyendo un  
 control metabólico estricto, al parecer  
 no se ha modificado esencialmente la  
 incidencia de morbilidad neonatal y  
 en especial la macrosomía fetal que  
 tienen aún un alto riesgo perinatal por lo  
 que requieren de una atención integral  
 e interdisciplinaria al finalizar la  
 gestación: pues la mortalidad perinatal  
 es del 5-8%, esto es, cinco veces más alta  
 que la presentada en la población general.  
 Al nacimiento debe estar presente el  
 neonatólogo o una persona entrenada  
 en la atención de estos pacientes para  
 vigilar y tratar oportunamente las  
 complicaciones habituales, por lo que  
 está justificado que estos neonatos sean  
 atendidos, de preferencia, en un centro  
 perinatal de tercer nivel, en donde la  
 mortalidad perinatal de los HMDM se  
 ha reducido en los últimos años.

**BIBLIOGRAFIA**

1. CSABA ET. AL: Relationship, og maternal treatment with indomethacin to persistence of fetal circulation syndrome. J Oediatri 1978, 92: 484.
2. WHITE P: Diabetes mellitus in pregnancy. Clin Perinatol 1974, 1: 331
3. American Diabetes Asociation, Hyperglycemic crises in pacientes. Diabetes Care 2001, 2:154-164

# Historia de la Medicina

## ASPECTOS MEDICO LEGALES EN ANESTESIA

### Dr. Zacarias Crespo Vollegas

Medico Anestesiologo

Socio Activo de la Sociedad de Historia de la Medicina filial Sucre

Presidente Instituto Médico Sucre

---

**Palabras Clave:** Anestesiología. Aspectos médico legales.

**Key Words:** Anaesthesiology. Medical legal aspects.

---

La Anestesiología es una especialidad de riesgo desde el punto de vista tanto médico como particular:

- \* Por que un gran número de medicamentos son usados en poco tiempo por vía intravenosa.
- \* Debe diagnosticar rápidamente una reacción normal de otra anormal.
- \* Por la potencialidad de los medicamentos que utiliza.
- \* La parálisis respiratoria se presenta en todas las anestias por las drogas que se usa
- \* Frecuentemente se enfrenta a una hipotensión arterial

Existe desinformación de los médicos, en particular de los anestesiólogos con relación a la legislación y la ética.

Las faltas mas comunes como ser la negligencia, la imprudencia, la impericia y se intenta dar una explicación sobre aquellos factores que podrían evitar una mala praxis anestesiológica.

Los Estatutos y Reglamentos del Colegio Medico en el articulo 13 del Estatuto de sociedades medicas, reconoce a la Anestesiología como una especialidad calificada

En el código de ética en el articulo 2 se lee "la actuación profesional deberá ajustarse fundamentalmente a las siguientes normas:

- 2 – 1 Respeto a la vida
- 2 – 2 Respeto a la personalidad humana
- 2 – 3 Reconocimiento de las limitaciones

El articulo 8 dice: "Corresponden al medico ofrecer al enfermo la mejor atención posible con los conocimientos y recursos que el caso aconseje"

Los procedimientos actuales tan diferenciados en nuestra especialidad y

tan amplias las aplicaciones de la técnica hace que existan más posibilidades de fallas y complicaciones que se pueden presentar a pesar de las mejores posibilidades de control.

Se pueden presentar problemas donde el accionar anestesiológico pueda estar sujeto incluso a los estados emocionales de los familiares de pacientes que le colocan en una situación especial, pudiendo ser inculpada de una mala acción y omisión de práctica que provocó una lesión corporal a la muerte.

Todo colega anestesiólogo debe adoptar conductas técnicas científicas con conocimientos de aspectos legales con un ejercicio profesional: eficiente formación tanto técnica, científica como ética profesional.

Se puede juzgar por mala práctica, que es sinónimo de "NUESTRA CULPA", "un acto ilícito por culpa en el desempeño de una actividad profesional".

En derecho, es la concepción clásica de una culpa, que en el fondo trasunta: "una relación jurídica que se llama responsabilidad" que puede ser civil, criminal o ética.

El 24 de septiembre de 1848 en el Hospital General de Massachusetts, muere un joven de 15 años (Hannam Greener), al serle aplicado cloroformo para extirpar una uña encarnada.

Jhon Snow, en 1858, presenta estudios estadísticos de mortalidad por anestesia. La responsabilidad profesional ética está claramente establecida en el artículo 10 que dice: "todo médico deberá abstenerse de formular prescripciones o utilizar técnicas cuyo manejo desconoce o para los que no está preparado. Será responsable de los daños causados por negligencia, impericia, ignorancia o abandono inexcusables."

**NEGLIGENCIA**

"La falta de cuidado o de exactitud, abandono o descuido, imprevisión u

omisión" falta de previsiones y actuar con descuido, la culpa es por omisión. Es Negligente cuando:

No indica una traqueostomía en un edema agudo de glotis.

Si no prescribe transfusión de sangre total en una hemorragia intraoperatoria masiva.

No acompaña al paciente hasta su recuperación.

No detecta a tiempo una hipotensión, hipoxia, arritmias por falta de monitorización.

Abandona al paciente cuando está deprimido, hipo ventilado.

Franca dice que "el abandono del paciente es el tipo más clásico de negligencia médica"

**IMPRUDENCIA**

"La falta de prudencia, o la inobservancia de acciones cautelosas que pueden evitar toda actitud que a medios maliciosos, será delito que puede llevar al error o al daño".

En otras palabras "el individuo auto suficiente que no tiene conocimiento de los problemas que el mismo crea por indiferencia, practicando una conducta que el buen decir indica que no debe ser realizada".

El anestesiólogo comete imprudencia cuando:

No realiza una evaluación pre-anestésica. Substituye una técnica conocida a favor de otra que puede llevar al paciente a un daño reversible o no.

No tener a mano material o medicamentos necesarios.

Practicar anestésicos simultáneos.

Realizar anestesia selectiva en ambientes no apropiados.

Iniciar una anestesia sin tener laringoscopia para la intubación.

No realizar la aspiración de un vómito imprevisible.



**IMPERICIA**

Es la falta de pericia por la incompetencia, o inhabilidad, por inexperiencia "falta de conocimientos técnicos y toma de precauciones en el ejercicio de un arte, profesional u oficio". Es sinónimo de ineptitud, incapacidad, inexperiencia, ineficiencia, torpeza.

El impertérrito (atrevido, impávido)

Realiza una intubación y produce un neumotorax

Usa succinil colina en quemados, parapléjicos, heridas penetrantes de ojo. Realiza un bloqueo del plexo braquial con la técnica de Kulenkampff

No evalúa una insuficiencia renal con hiperpotasemia

No investiga ni trata una raqui: anestesia total

No detecta una inyección intravascular cuando realiza la tentativa de practicar una anestesia peridural.

Lima E. dice. "La incapacidad de interpretación inmediata de los fenómenos debidos a la deficiencia de los conocimientos de Fisiología, Farmacología, Física dinámica es un aspecto grave por la impericia del anesthesiólogo"

Casos imprevisibles e inevitables ,en forma fortuita son:

Obstrucción respiratoria.

Súbito paro cardiaco , infarto agudo de miocardio.

Accidente vascular cerebral.

Embolia por liquido amniótico.

Respuesta idiosincrásica a alguna droga. Sangrado incontrolable.

"La falta de cumplimiento del decir, no prestar los cuidados y la atención debidas al prójimo".

Código de ética que en su articulo 12 dice: "no podrá recurrirse al empleo de la anestesia general en ningún sujeto sin la intervención de un especialista calificado o en su defecto de un medico con título legalmente autorizado, salvo casos de extrema urgencia o carencia en la localidad de otro profesional y bajo responsabilidad del medico que autorice la actuación de otra persona".

El artículo 35 dice: "Es obligación del medico ceñirse en todos sus actos a la mas estricta corrección y probidad"

El anesthesiólogo debe obrar con cautela, esmero dentro de las normas de responsabilidad y aptitudes (habilidad, impericia), falta de cuidado y diligencia (negligencia), su comportamiento osado (imprudencia), es seguramente la que menos tolera engaños o descuidos.

El anesthesiólogo tiene la obligación de advertir al paciente de los riesgos de la anestesia, deber que es mayor cuanto menor es la imperiosidad de la intervención quirúrgica que se va a realizar

**REQUISITOS PARA CONFIGURAR UN ACTO DE RESPONSABILIDAD MEDICA**

Debe existir una obligación preexistente. Que el médico viole el deber de cuidado al que esta obligado.

Que de dicho obrar se siga un daño previsible y evitable.

Que el daño sea consecuencia de un acto realizado con CULPA por omitir los cuidados indicados (impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de los....)

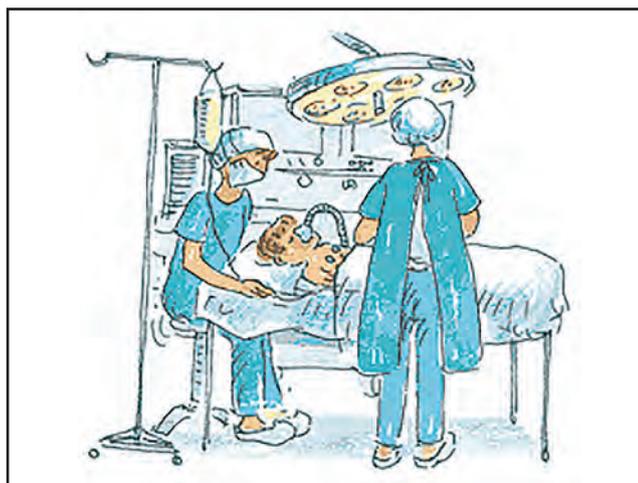
Que el daño guarde una relación de causalidad adecuada con el obrar antijurídico del medico .

**RESPONSABILIDAD ETICA**

Resulta del posible error en determinada cuestión o acto, desde un ángulo determinado y los efectos producidos por los actos realizados dan origen a la responsabilidad penal, civil o disciplinaria.

El Código de Ética solo ofrece algunos planteamientos que reclama honestidad, pues el reproche moral solo tiene una eficacia relativa y no beneficia al paciente cuando es victima de una mala práctica

En la responsabilidad anesthesiológica, la deontología, ética, el deber y la obligación. La primera es la que se ocupa de los deberes de la especialidad, la ética es una concepción filosófica de costumbres humanas con un basamento teológico psicosocial, deber es el imperativo deontológico del proceder ético y obligación es el termino jurídico de adecuación de las conductas a las normas.



“En la medicina convergen lo ético con lo jurídico, mucho mas que en cualquier otro modo de convivencia social entre los hombres, donde los dictados de la conciencia piden tener un alcance mayor que los del derecho”.

En los códigos leyes.

Encuentra el medico los reglamentos que los jueces hacen cumplir, pero en su propia conciencia, esta el profundo sentido de la justicia verdadera.

El proceso ético disciplinario que se le puede imputar depende directamente del Colegio Medico, transgredan el código de ética a través de los tribunales nacionales o departamentales de honor, las sanciones de acuerdo al artículo 56 – 3, que reconoce la violación de los preceptos del código de Ética, con las siguientes imprecisiones 58.1. – 58.3 amonestación verbal, amonestación escrita, suspensión de derechos de 3 a 6 meses

### **NOCIONES JURIDICAS**

Carlos Morales: “el ser humano es una persona, un sujeto de derecho por el solo hecho de existir”. Radbruck, “es el conjunto de normas generales y positivas que regulan la vida social”. En el sentido de ley corresponde a normas generales que son impuestas por las autoridades del Estado a las personas; en su artículo 4 del código Civil se lee: “La capacidad legal para ser sujeto de derecho, con derechos acciones y obligaciones, se adquiere al tiempo de nacer”.

Es de naturaleza contractual la prestación de la asistencia medica y que nace del acuerdo de voluntades, la categoría de los contratos con derechos

Y obligaciones reciprocas por lo que es llamado bilateral con obligación de una de las partes con solo derecho del otro.

Estas relaciones nacen, estos últimos pueden ser lícitos como los contratos que se constituyen de acuerdo con la ley, un crimen es ilícito por que es fruto de la infracción a las leyes , son coercitivos.

En lo ilícito hay una verificación de perjuicio para el otro. La responsabilidad civil esta presente y se debe responder a la sanción que la ley establece entonces la regla de todo sistema jurídico , es llamada responsabilidad subjetiva, el acto culposo ha sido producido por un sujeto o agente que causo el daño.

En el código civil encontramos varios artículos, dicen:

Artículo 464... Una de las partes reconoce a la otra con carácter exclusivo e irrevocable, la facultad de aceptar una presentación a su favor o en la de un tercero en las condiciones convenidas.

Artículo 465... Las partes deben conducir conforme a la buena fe debiendo resarcir el daño que ocasionen por negligencia, imprudencia u omisión en advertir las causales que invalidan el contrato.

La buena fe, significa una valoración del estado ético , significa la lealtad de conducta y es subjetivo, en el que el estado de ignorancia u opinión equivocada donde el error es ser elemento principal.

### **RESPONSABILIDAD CIVIL**

El artículo 6 dice. La protección a la vida y la integridad física de las personas se ejerce conforme a las normas establecidas en el código civil.

El medico, como consecuencia a este contrato o trabaja en una institución (hospital, caja de salud, otros).

Cuando el paciente es civilmente incapaz, el artículo 5 dice: Son “incapaces de obras, menores de edad, interdictos declarados, actos civiles, incapacidad de obras, inconsciente, retardado mental”, el acto medico debe ser autorizado

El que produce un daño eventual es el responsable, por lo tanto será por el vinculo directo entre el medico y el primero el responsable de todo. El grado de obligación del medico será el de realizar todas las actividades necesarias.

Efectos de la enfermedad, mitigar el sufrimiento producido por el.

El medico responsabilizado por un mal tratamiento, deberá indemnizar al cliente, si hubo un mal resultado a pesar del buen tratamiento, donde un mal resultado impericia o fue debido a la falta de habilidad o su osadía.

Imprudencia o la falta de cuidado :negligencia.

Sin duda contribuirán a la aparición de la responsabilidad y que se debe indemnizar.

Otro aspecto, el consentimiento de parte del paciente, por que si este no es advertido y ocurriese algún problema, será indefectiblemente culpado el medico.

El nexo causal relación: entre el anesestiólogo y el daño que sea probada la culpa, previa imputación, es decir, primero atribuirle un hecho para hacerle responsable de el, siendo la imputabilidad el elemento mas importante de la culpabilidad.

### **RESPONSABILIDAD PENAL**

Responsabilidad civil, surge una obligación de indemnizar, Código Penal Boliviano dice en su capítulo III.- Artículo 13.- “No hay pena sin culpa”.

“De ninguna consecuencia de la acción será responsable el agente, si no ha obrado por lo menos culposamente. En consecuencia la culpabilidad y no el resultado es el limite de la pena”.

La culpabilidad, es el elemento psicológico de algo ilícito, realizado con imprudencia, negligencia que ocurre en sentido antijurídico no previsto o previsto pero no querido ni asentido.

La culpabilidad se divide en: dolo y culpa, dolo que es la intención de producir el daño, es la culpa en sentido estricto, es la falta de cuidado que se impone en el tratado al paciente que se

hacen presentes en las modalidades que le caracterizan, imprudencia, impericia y negligencia, es la imprevisión que pudo preverse si se hubiese obrado con la diligencia requerida en la circunstancia.

El dolo, como culpa, es un estado así mismo reprochable en distinta magnitud, puede existir a nivel contractual, donde existe un incumplimiento voluntario del contrato sin deseo de perjudicar.

El Artículo 14.- dolo dice: "el delito es doloso cuando el resultado antijurídico ha sido querido o previsto y ratificado por el agente, o cuando es consecuencia necesaria de su acción".

El inciso 1 del artículo 16 del mismo código establece que: "es causa de inculpabilidad, el error esencial o irreversible sobre las circunstancias determinantes del hecho".

El artículo 15.- culpa dice:" el delito es culposo cuando el resultado, aunque haya sido previsto, no ha sido querido por el agente y se produce por imprudencia, negligencia o inobservancia de leyes, reglamentos, ordenes o resoluciones"

Quando es la pena desde el punto de vista del Código Penal, 11 del libro 1.- la pena es una consecuencia del delito y que tiene que estar establecida en una ley en virtud de que las penas llamadas también sanciones para mitigar en algo el mal infringido al autor de un delito. Siguiendo a H. Ferrari y Salgueiro que pretenden identificar riesgos y proponer soluciones tenemos:

1.-Visita pre-anestésica.- donde se establecerá una relación con el paciente, además de estudiar su historia clínica, análisis, radiografías, etc. Realizando un examen del enfermo requiriendo de su consentimiento para la anestesia.

Debe escribirse toda la evaluación documentándola con la anestesia.

**FICHA ANESTESICA**

En las fichas anestésicas la fallas mas comunes que pueden ocurrir son:

- \* Falta de una buena evaluación preanestésica antes del acto anestésico y documentar los hallazgos en la hoja.
- \* Existen espacios sin completar.

- \* Existe una monotonía en toda hoja del registro
- \* Existe falta de registro horario

Existen muchas enmiendas y tachaduras No existe la anotación de los procedimientos profilácticos y rutinarios. Existe una falta de datos de la recuperación.

En resumen, mas vale prevenir que curar para ello se debe:

\*documentar todo lo realizado en la FICHA ANESTESICA

- \* Informar al paciente adecuadamente.

Obtener el conocimiento.

Es decir: REALIZAR UNA BUENA MEDICINA

2.- Funcionamiento de la maquina de anestesia, el equipo auxiliar, monitores, aspiración , etc.

3.- El ruido y las conversaciones.

4.- La inducción anestésica. Mucha habilidad técnica, donde la dificultad de ventilar o intubar.

**INDUCCION DE LA ANESTESIA CONCLUSIONES**

Se debe tener cuidado de dormir a un paciente si no se sabe como se va a ventilar

Nunca se debe relajar a un paciente si no se sabe como se va a intubar.

La apnea y el estomago lleno son los peores enemigos de una intubación difícil.

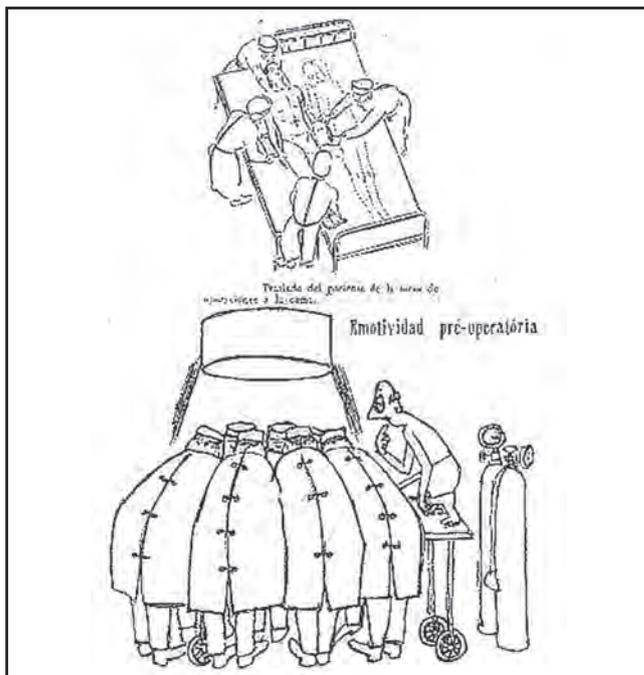
**CUALES SON LAS SITUACIONES CRITICAS DE LA INTUBACION**

Signos tempranos, respiratorios

Signos tardíos. Desaturación, bradicardia, cianosis arritmias, hipotensión, paro cardiaco.

5.- Mantenimiento de la anestesia.- vigilancia constante y el abandono del paciente.

Observara constantemente el campo operatorio obstrucciones entre el anesthesiólogo, existir una información amplia la relajación muscular, observación constante del color de la sangre, perdida sanguínea acompañaran realizar una buena anestesia



**EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

- Desconexión
- Extubación accidental
- Bronco espasmo severo
- Obstrucción tubo endotraqueal
- Identificar las jeringas llenadas de antemano

**EL FINAL DEL ACTO ANESTESICO QUIRURGICO**

Nunca el anestesiólogo debe quedarse solo con el paciente

Realizara la extubación cuando este seguro de que la ventilación es aceptable y medirá la presión arterial y se autorizara su traslado a la camilla de transporte por cuatro personas para evitar el posible daño osteomuscular al paciente.

En posición lateral, para evitar el vomito. En la sala de recuperación, se debe permanecer con el paciente mientras se controlan la presión arterial, respiración, pulso.

**LA FICHA ANESTESICA**

Correctamente llenada es mejor defensa contra un juicio . Como documento de vigilancia anestésica, se debe

- Describir la evolución de los signos vitales
- Indicar la reposición de líquidos
- Describir la respuesta a las drogas y al stress quirúrgico
- Señalar y describir las complicaciones

Señalar la presencia de dificultades

- Indicar la posición del paciente en la mesa de operaciones.

- Indicar en todo paciente bajo anestesia general,

Regional o sedado, debe controlarse la tensión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardiaca que deben ser registrados por lo menos cada 15 minutos y anotados cuidadosamente .Periodo postoperatorio deben realizarse visitas necesarias de parte del anestesiólogo, participar de las posibles complicaciones post anestésicas y tratarlas.

Finalmente si se presentase un incidente critico.-

- \* Documentar en forma inmediata tan pronto se pueda
- \* Documentar en forma narrativa
- \* Documentar en forma cronológica
- \* Documentar en forma clara

**HOJA REGISTRO DE ANESTESIA** Form. DM 150

UNIDAD SANITARIA: \_\_\_\_\_ N° de Assegurado: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ N° Carnet: \_\_\_\_\_  
 Dia Mes Año

PULSO	15	30	45	15	30	45	15
TEMP.							
PRES. ARTERIAL							
SATURACION							
RESPIRACION							
PULSO							
TEMP.							
PRES. ARTERIAL							
SATURACION							
RESPIRACION							

EXPOSICION ASIST. \_\_\_\_\_ CONTRA \_\_\_\_\_

NOTAS	
AGENTES	NOTAS:
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
<b>LIQUIDOS</b>	Cánula Naso Oro Faríngea
DEXT. 5% AGUAS	Tubo Naso Oro Traqueal
DEXTROSA SALINA	Cable - Directo - Conductivo
SALINA	Inflable - Papá - No.
PLASMA	Tápica
SANGRE	Bajo Mánaca - Conexión directa.
OTROS	Dificultades
<b>TOTAL</b>	<b>TIEMPO</b>
OPERACION	Recuperación S. O.
DIAGNOSTICO P. O.	Laringoespasmo - exceso
QUIRURJANO	sec. Dep. resp. Tra -
AYUDANTE	Vómito.
ANESTESIOLOGO	Hemorragia
	arritmia
	Bradi-taquicardia

**VISITA PRE - ANESTESICA**

Nombre	Servicio	Cama N°
Diagnóstico	Operación Propuesta	Sala Op. N°
Edad	Sexo	Estatura
Temp.	Pulso	Resp.
Orina	Peso	P. A.
Cuadro Hemático	Química sanguínea	Hematócrito
Función Resp.	Función Cardíaca	
Cuello	Dentadura	Alergias
Estado Siquico	Tranquilizantes	
Antec. Anestésico	Corticoides	
Riesgo	Premeditación	

**NOTAS SALA RECUPERACION**

CODIGO	15	30	45	15	30	45
V.A = Presión arterial						
(s) = Respiración						
(o) = Pulso						
CONCIENCIA						
REFLEJOS						
MOTILIDAD						
LIQUIDOS						
Admini- strados						
Elimina- dos						
Drogas						
Oxígeno						
NOTAS						

# Artículo de Revisión

## ABORTO – HISTORIA – ESTADO ACTUAL

**Dr. Carlos Pacheco Tapia**

\*Doctor en Medicina y Cirugía Especialista en Ginecología y Obstetricia  
Socio Activo del instituto Medico "Sucre"

---

**Palabras Clave:** Aborto, Historia, Leyes, Métodos

**Key Words:** Abortion, history, Laws, Methods

---

### RESUMEN

Se considera el tema del Aborto en sus diferentes facetas y sobre todo la ley actual modificada en fecha 5 de Febrero 2014 por el Tribunal Constitucional Boliviano.

Se tiene en cuenta la historia en diferentes partes del mundo, su evolución y los diversos problemas que se observan en relación a mortalidad materna, sobrepoblación, movimientos feministas y abortos ilegales.

Se efectúa una breve descripción de los métodos de aborto sus consecuencias y complicaciones.

### SUMMARY

We consider Abortion in different ways and mainly the actual law that was modified in February 2014 by the Bolivian Court of Justice.

History in different parts of the world are taken into consideration, its evolution and the problems that we take into account in relation to maternity mortality, the overpopulation, feminist movements and illegal abortion.

A short description about abortion methods consequences and complications.

## INTRODUCCION

La investigación que precede ha sido realizada por la actualidad que representa el tema del aborto en nuestra sociedad y en todo el mundo.

Se ha visto la necesidad de evaluar conceptos sobre el tema de tal manera que la profesión médica tenga presente sus reglamentos, su juramento y la ética a la que estamos sometidos.

Para su correcta explicación se divide el presente trabajo en:

**HISTORIA- LEYES y REGLAMENTOS – METODOS – CONCLUSIONES – RECOMENDACIONES.**

## HISTORIA

Para comenzar, tenemos en cuenta el JURAMENTO que efectuamos los médicos el día de nuestra titulación y que en el lugar pertinente HIPOCRATES dice:

“Elevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el error. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, NO DARÉ A NINGUNA MUJER SUPOSITARIOS DESTRUCTORES; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.”

La historia nos indica que desde tiempos inmemoriales este tema ha sido tratado con mucho cuidado de acuerdo a las diferentes culturas pero que en realidad la mayoría concuerda con un principio “NO AL ABORTO”

Como ejemplo reproducimos parte de esta historia en el siguiente cuadro:

ca. 2000 B.C. Hittites (la ley de los Hittites ss.

ca. 1792 B.C.-1750 B.C. Hammurabi, un líder de Babilonia (el código de Hammurabi ss. 209)

ca. 150 A.D. Didache (2:2)

“No matarás un niño por el aborto.”

160 A.D.-230 A.D. Tertullian

Llamó el aborto “homocidium” (asesinato)

ca. 177 A.D. Athenagoras (Supplicatio 35)

Dijo que el embrión ya es un ser humano y el objeto del amor divino y providencia.

1483-1546 A.D. Martín Lutero

“Cuando es concebido un niño, la alma es creada junto con el cuerpo.”

1964 A.D. Planned Parenthood

Emitió un documento llamando el aborto

“incorrecto” y un “matar de una persona.

1973 A.D. Roe v. Wade (la Corte Suprema)

Declaró que las mujeres tienen el derecho constitucional para tener un aborto.

1976 A.D. Planned Parenthood v.

Danforth (la Corte Suprema)

Anuló una ley que insiste en el consentimiento del esposo para tener un aborto.

1996 A.D. El Presidente Bill Clinton

Le puso su veto al acto de Partial-Birth Abortion Ban.

## DEFINICIÓN DE ABORTO

La palabra aborto es un término latino (abortus) y deriva de la composición de un prefijo y una raíz: Ab: privación y ortus: nacimiento; entonces su significado sería “privación del nacimiento”; pero podemos decir que el aborto es la muerte de un niño o una niña en el vientre de la madre producido durante cualquier momento de la etapa del embarazo que va desde la fecundación hasta el momentos previos al nacimiento.

La vida humana es sagrada porque desde sus inicios se ve la acción creadora de Dios. “Vida” una pequeña y simple palabra pero de un significado amplio y profundo; si bien la vida es un derecho, algunas personas equivocadamente creen tener el poder de acabar con ella. Existen circunstancias en que algunas personas están de acuerdo con acabar con una vida, este es el caso del aborto, que hoy en día es una práctica muy frecuente en los adolescentes. En nuestro medio vemos los embarazos de niñas de 12 y 13 años con mucha frecuencia y todos los problemas que esto conlleva para ellas y sus familias.

Antiguamente la práctica del aborto era usado para el control de natalidad.

En el siglo XIX, el aborto solo estaba permitido en casos en los que peligraba

la vida de la madre, luego ya en el siglo XX la legalización del aborto permitió la interrupción de los embarazos no deseados en diferentes situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en Rusia (1920); después se permitieron en Japón y algunos países de Europa. En 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países de Europa y América, los motivos legales fueron de tres tipos:

El infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales. La sobrepoblación mundial. El auge del movimiento feminista.

El problema del aborto en nuestro medio esta sobre todo relacionado con los abortos ilegales provocados por personas dedicadas a este oficio en su mayor parte sin los conocimientos adecuados para provocar este tipo de situaciones.

Los Gineco-Obstetras durante nuestra práctica hemos tenido la oportunidad de ver los innumerables riesgos que esto conlleva y las dificultades que se presentan para el tratamiento posterior a un aborto incompleto. Nuestros tratamientos han estado dirigidos a salvar la vida de las pacientes tratando perforaciones uterinas, sangrados abundantes, infecciones y complicaciones posteriores que elevan la mortalidad materna en forma alarmante. Hacia 1980, el 20% de la población habitaba en los países en los cuales se permitía el aborto en situaciones donde se ponía en riesgo la vida de la madre; el 40% de la población residía en países en los que el aborto era permitido en situaciones de riesgo para la vida de la salud de la madre, violaciones o incestos, presencia de alteraciones genéticas en el feto y en situaciones sociales especiales (madres solteras y de bajos ingresos); el otro 40% restante de la población habitaba en los lugares donde el aborto estaba liberalizado.

El movimiento de la despenalización ha seguido creciendo en todo el mundo aunque todavía existen países que sobre todo por cuestiones religiosas, se ven presionados a mantener legalizaciones restrictivas y condenatorias.

**ASPECTO LEGAL**

Nuestro código penal, considera al aborto terapéutico como el único caso permitido en lo que respecta al tema del aborto.

Contempla así mismo dos condiciones para el aborto:

- Ética, cuando la mujer resulta embarazada como consecuencia de una violación.
- Eugenésica, cuando existe la probabilidad de que el niño nazca con graves malformaciones físicas o psíquicas.

**ABORTO EN BOLIVIA**

Desde 1973, el aborto en Bolivia es ilegal, salvo para prevenir daño a la salud de la mujer o en casos de violación.

La pena es de uno a tres años en prisión para la mujer embarazada que consiente la operación, y de uno a seis años para la persona que realiza el aborto. Si una mujer realiza el procedimiento por sí misma, sólo puede acusársela de consentir al aborto. Sin embargo, es complicado conseguir un aborto legal y seguro, aunque la mujer haya sido violada.

**MARCO LEGAL DEL ABORTO EN BOLIVIA:**

En Bolivia, el aborto inducido está penado de acuerdo al artículo 266 del código penal que establece que las mujeres pueden realizarse un aborto de manera excepcional previa autorización judicial.

“Artículo 266. (Aborto Impune) Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada. Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso”. Esta penalización del aborto inducido y no autorizado se traduce en la práctica

clandestina del mismo por personas de dudosa formación y en condiciones insalubres e inseguras, deslindando responsabilidades de quienes lo practican generando la muerte de varios cientos de mujeres al año en el país.

**ALGUNOS NÚMEROS SOBRE ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO EN BOLIVIA:**

(En base al estudio realizado por el cidem se ha podido relevar los datos lo largo de este artículo) A nivel nacional se estima a 80 000 abortos cada año. Esa cifra se traduce en un promedio de 215 abortos a diario. Si bien no se tiene datos exactos de la cantidad de muertes ocasionadas por abortos inseguros a nivel nacional, la OMS estima que aquél es causante del 9,1% de las muertes maternas en Bolivia. En términos del debate surgido en a principios del 2013 en Bolivia sobre la posible despenalización del aborto inducido en Bolivia es importante tratar de entender los factores causantes de aquel. Así mismo, a nivel urbano, el 48% de las mujeres tuvo por lo menos un embarazo no deseado y el 43,5% más de uno. Si bien se estima que existe una deficiencia en términos de información sobre métodos anticonceptivos generando es alto nivel de embarazos no deseados, es importante resaltar que se estima que el 90% de las mujeres en la urbe conocen al menos un método anticonceptivo. Más aun, el 66,6% de aquellas afirman conocer por lo menos tres métodos anti-conceptivos diferentes. Así mismo, el embarazo no deseado podría no ser problemática resuelta exclusivamente a través de un mayor conocimiento de métodos anticonceptivos. Desgraciadamente por un lado el acceso a aquellos métodos es bastante limitado y por otro lado existe aun no solo un contexto social adverso al uso de los anticonceptivos sino un alto nivel de abusos sexuales hacia las mujeres. Así mismo, a nivel urbano el 61% de las mujeres tienen relaciones sexuales sin protección segura. Igualmente, según un informe del 2013 de la defensoría del pueblo, a nivel nacional 7 de cada 10 mujeres ha

sufrido un abuso sexual y 6 de cada 10 mujeres ha sufrido un abuso sexual en su propio hogar.

En consecuencia, el 13% de las mujeres del área urbana afirman haber llevado adelante un aborto inducido, en su gran mayoría violando el código penal. La práctica del aborto inducido no se restringe a un grupo poblacional de una edad específica. En ese sentido el 17% indico haber llevado adelante una interrupción inducida de su embarazo entre los 13 y 19 años, la mitad entre sus 20 y 29 años y un tercio entre sus 30 y 39 años .

Con respecto a los métodos de aborto causantes del alto nivel de muertes y problemas de salud para los que lo llevan adelante se resalta el bajo acceso a métodos seguros. Los métodos quirúrgicos y con medicamentos representaron respectivamente el 56,6% y 21% de los casos . El restante 21% procedió al uso de infusiones, inyecciones, caídas, carga de objetos pesados e introducción de objetos en la vagina. Una de las razones por optar por esos métodos menos preferidos es el costo, más del 51% de las mujeres que abortaron tuvieron costos adicionales a 250bs . Tomando en cuenta el factor psicológico de llevar adelante dicho acto se resalta la baja efectividad de los métodos de interrupción inducida practicados. 1 de 3 abortos fallo en el primer intento, 1 de cada 10 abortos tuvo que llevarse adelante en 3ero intento.

En Bolivia se considera el uso de métodos anti-conceptivos denominados modernos como altamente sujeto a la condición socio-económica. Una mujer en la urbe que no ha terminado el colegio, tiene 5 veces menos probabilidades de usar un método anti-conceptivo moderno en comparación a una mujer que ha podido proseguir sus estudios después del bachillerato. En el caso de haber tenido un embarazo no deseado, el 60,1% prosiguió con aquel y llegó a término del mismo.

Algunas consideraciones sobre la ley: Como bien se mencionaba, si bien las mujeres víctimas de una violación sexual o cuya vida se encuentra en peligro

pueden acceder a un servicio de aborto seguro e impune a través de una solicitud judicial, las mujeres deben atravesar por una serie de obstáculos para conseguir la misma, tales como la objeción de conciencia, la demora judicial, las amenazas y la represión, sin mencionar la re victimización que sufren en cada uno de los pasos a seguir para conseguir la autorización judicial deseada.

Es en este proceso largo y tortuoso que muchas mujeres para cuando consiguen la autorización se encuentran fuera del período "seguro" establecido para la realización de un aborto, lo cual muchas veces puede llevar muchas más consecuencias. O, en otros casos, las mujeres claudican en el proceso legal y optan por la vía clandestina, exponiendo de la misma manera sus vidas.

#### **TRIBUNAL CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL DE BOLIVIA SENTENCIA CONSTITUCIONAL 0206/2014**

La sala plena del Tribunal Constitucional Plurinacional emitió la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 de 5 de febrero emergente de la acción de inconstitucionalidad abstracta planteada por la diputada Patricia Mansilla Martínez, demandando la presunta inconstitucionalidad de los arts. 56, 58, 245, 250, 254, 258, 263, 264, 265, 266, 269, 315 y 317 del Código Penal (CP).

En este marco y en virtud de la autoridad que le confieren La Constitución Política del Estado Plurinacional y el art. 12.1 de la Ley del Tribunal Constitucional Plurinacional, resolvió:

1° Declarar la INCONSTITUCIONALIDAD del art. 56 del CP; el primer párrafo del art. 245 del CP y de la frase "por causa de honor" del epígrafe de dicho artículo; de la frase "...para encubrir su fragilidad y deshonra..." del art. 258 del CP y de las frases "...siempre que la acción penal hubiere sido iniciada" del primer párrafo y "...autorización judicial en su caso" del párrafo tercero del artículo 266 del CP y manteniendo incólume en lo demás el citado artículo,

conforme el procedimiento de denuncia establecido en el Fundamento Jurídico III.8.7 del fallo.

2° Declarar la CONSTITUCIONALIDAD de los arts. 58, 250, y 269, del CP, sujetos a una interpretación plural en los marcos previstos en el fallo.

3° Declarar la CONSTITUCIONALIDAD de los art. 263 del CP, en los términos expuestos en el Fundamento Jurídico III.8.7 de la Resolución

4° Declarar la IMPROCEDENCIA de la acción respecto a los arts. 254, 264, 265, 315 y 317 del CP.

5° Exhortar a la Asamblea Legislativa Plurinacional para que atendiendo a la interpretación efectuada en el Fundamento jurídico III.8.7 en el ámbito de sus competencias y las recomendaciones de los organismos internacionales en el marco de la progresividad de los derechos de la mujer, desarrollen normas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos conforme a lo establecido en el art. 66 de la CPE, y que las mismas coadyuven a resolver los abortos clandestinos.

6° Al Órgano Ejecutivo, exhortar priorice y ejecute políticas públicas educativas y de salud destinadas a la difusión, protección, atención de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, que puedan contrarrestar y/o disminuir las tasas de mortalidad de las mujeres por causas de los abortos clandestinos, para la protección de la vida entendida desde la visión intercultural en el Estado Plurinacional, desarrollando para ello las siguientes acciones:

- Programas de apoyo social a favor de madres solteras
- Desarrollo de una política estatal de educación en reproducción sexual
- Programas de apoyo económico y social a padres de hijos de enfermedades congénitas.
- Mejorar de manera urgente las políticas y trato a los huérfanos

y generar políticas de adopción y programas, incluso cuando alcanzan la mayoría de edad.

#### Fundamentos

La Sentencia Constitucional Plurinacional, realizó los juicios de constitucionalidad contrastando cada norma impugnada con los preceptos constitucionales vigentes, a partir de ello se efectuó su labor de control normativo y en función a una interpretación desde y conforme a la Constitución Política del Estado, asumió sus determinaciones en base a los siguientes razonamientos:

- Respecto al art. 56 del CP sobre el trabajo de mujeres, menores de edad y enfermos, el fallo considera que en los hechos y frente a una realidad en la que la mujer goza y debe gozar del derecho a la igualdad, sin que pueda darse lugar a un trato discriminatorio por razón de sexo, al igual que por la edad o el estado de salud, para prestar un trabajo que este acorde a su capacidad en ejecución de la pena de prestación de trabajo, cuando sea posible, el art. 56 del CP es inconstitucional.
- En cuanto al art. 58 del CP referido a la detención domiciliar es constitucional en el marco de una interpretación amplia de manera que se maximice los derechos de las mujeres desde una visión restitutiva de la complementariedad, debiendo entenderse que la exigencia de acreditar una morada o residencia, se refiere a una vivienda en la que se ha residido o residirá de manera permanente, sea esta de su propiedad o no.
- En relación a las causales de atenuación honoris causa en el delito de alteración del estado civil (art. 245 del CP); sobre la primera atenuante la sentencia concluye que no es concebible que el honor, con las connotaciones descritas en el fallo, prevalezca sobre el interés superior de

la niña, niño y adolescente, por lo que deviene en inconstitucional. Sobre el segundo elemento atenuante del art. 245, es decir, el referido a amparar o ayudar a la alimentación, cuidado o educación del menor o incapaz, se tiene que el mismo se constituye en un atenuante constitucionalmente necesario y admisible, máxime si el hecho se comete con fines altruistas, toda vez que tiene como objeto el amparar o ayudar a la alimentación, cuidado o educación del menor o incapaz, correspondiendo por ende declarar su constitucionalidad.

- Respecto al abandono de mujer embarazada (art. 250 del CP) el fallo declara la constitucionalidad condicionada de dicha norma, siempre y cuando se entienda que la misma incluye el abandono de la mujer embarazada dentro del matrimonio, precisando además que el artículo debe ser comprendido en función del bien jurídico que protege; es decir, el deber de asistencia familiar, en el caso de una mujer en estado de gestación.
- En cuanto al infanticidio (art. 258 del CP) se declara la inconstitucionalidad de la frase "...para encubrir su fragilidad o deshonra..." por ser contraria a los nuevos valores constitucionales fundamentados en el fallo.
- Respecto al aborto como conducta tipificada penalmente, en el marco de la pluralidad, interculturalidad y el pluralismo jurídico, el tribunal concluye que desde la cosmovisión indígena originaria campesina, la vida se genera desde el principio de la dualidad, vitalidad, energía y movimiento del cosmos, desde esta lógica la vida no es aislada del cosmos; es creación misma de la pacha; por tanto el principio de "vitalidad" implica la perpetuidad constante de la vida "sin principio ni fin". De ahí que se rescata el carácter integral y la visión de "totalidad" respecto a la "vida" en un sentido amplio.

En este marco de análisis, la Sentencia sostiene también que uno de los elementos fundantes del estado Boliviano

conforme al art. 1 de la CPE es el de la "pluralidad" en lo político, económico, jurídico, cultural y lingüístico, y que en virtud al principio de dignidad alcanza a los pensamientos, opiniones, creencias religiosas y/o espirituales, cosmovisiones de forma que cada uno de ellos este protegido por la Constitución Política del Estado; sin embargo, no es posible que el Tribunal a través de acciones constitucionales imponga un determinado tipo de moralidad o una concepción de lo bueno o lo malo, constituyéndose ello en un asunto a ser resuelto en el fuero interno de cada persona pero que no puede imponerse por el Estado y sus Órganos.

En ese sentido, el Tribunal considera que la vida y todo lo que potencialmente puede generarla se encuentra protegida por nuestra Ley Fundamental; así un embarazo per se y siempre y cuando sea fruto de una decisión libre no implica una amenaza del derecho a la salud de la mujer y tampoco puede equipararse a una enfermedad ni a una amenaza a la integridad personal o trato cruel, inhumano, degradante. Ahora bien, el Tribunal es consciente que la educación sexual sigue siendo un tabú en nuestro país, por ello corresponde exhortar a las autoridades respectivas se asuman políticas públicas que coadyuven a la educación sexual como parte de una posible solución a un problema integral. De lo expuesto el Tribunal Constitucional Plurinacional concluye que un aborto incondicional y en todas las etapas del desarrollo del embrión no es constitucionalmente admisible y que el generar una política de protección constitucional al derecho a la vida del embrión implantado es una causa suficiente para que el Órgano Legislativo pueda utilizar todo tipo de políticas públicas necesarias para su protección lo que alcanza de manera obligatoria al derecho penal en las fases más avanzadas al desarrollo del embrión; aspectos que provocan la declaratoria de constitucionalidad del artículo 263 del CP, en los términos expuestos precedentemente.

- Sobre el art. 266 del CP, referido al aborto impune, se considera que la frase "siempre que la acción penal hubiere sido iniciada" del primer párrafo, así como la frase "autorización judicial en su caso" contenidas en el último párrafo de la citada norma, constituyen disposiciones incompatibles con los derechos a la integridad física, psicológica y sexual, a no ser torturada, ni sufrir tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes, a la salud física y a la dignidad de sus componentes al libre desarrollo de la personalidad y autonomía de las mujeres, por lo que los efectos de la vigencia y eficacia de esta previsión normativa desde y conforme a la Norma Suprema, la misma deberá ser interpretada en sentido de que no será exigible la presentación de una querrela, ni la existencia de imputación y acusación formal y menos sentencia. Será suficiente que la mujer que acuda a un centro público o privado de salud a efecto de practicarse un aborto por ser la gestación producto de la comisión de un delito, comunique esa situación a la autoridad competente pública y de ese modo el médico profesional que realiza el aborto tendrá constancia expresa que justificara la realización del aborto.
- En cuanto a la sanción a la práctica habitual del aborto (art. 269 del CP), el fallo concluye que no es evidente que la norma este dirigida a sancionar en exclusiva a los profesionales médicos sino a cualquiera que incurra en el delito mencionado cuando más si se hace de manera recurrente y peor si, de no haber causas de inimputabilidad, se comprobare una dedicación continua e ilícita dedicada a la práctica del aborto, lo que indica es que la norma es constitucional; sin embargo, en el marco de los fundamentos expuestos en la Sentencia, debe interpretarse el art. 269 del CP, en sentido que la práctica habitual del aborto está referida a la causación de la muerte de un feto en el seno materno o la provocación de

su expulsión, cuando dichas acciones fuera de los supuestos desarrollados legalmente, previstos en el art. 269 del CP.

- Finalmente en cuanto a los arts. 254, 315 y 317 del CP, no corresponde ingresar al análisis de fondo de la acción al resultar improcedente por no encontrarse dichas normas vigentes dentro del ordenamiento jurídico boliviano.

\*Fallo aprobado el 5 de Febrero de 2014

**CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA**

La Iglesia Católica es el grupo social que más se opone al aborto. Existe la afirmación de que la vida es inviolable desde el momento de la concepción; esta afirmación se fundamenta en la continuidad del proceso de desarrollo embrionario.

La afirmación del derecho a la vida se aplica en las situaciones más dramáticas como en la intervención terapéutica, eugénica y ética.

El Papa

Exhorta a los católicos a luchar por la familia y a estar en contra del aborto, la anticoncepción y el divorcio debido a que es un "crimen abominable" y "vergüenza de la humanidad".

Lo único que admite la Iglesia es el uso de un anticonceptivo que es el método de "OHINO y KNAUS" o sea el método del ritmo cuando la mujer está en días que no hay ovulación

**TIPOS DE ABORTO**

1. El aborto espontáneo como su mismo nombre lo dice se produce de manera espontánea o natural, no se sabe con exactitud las causas que producen este tipo de aborto. En la mitad de los casos hay alteraciones en el desarrollo del embrión que puede ser consecuencia de trastornos de las propias células germinales o también de alteraciones en el entorno materno. Otras consecuencias pueden ser también situaciones maternas anormales como infecciones agudas, enfermedades sistémicas como nefritis, diabetes o traumatismos graves.

El síntoma más común de una amenaza de aborto espontáneo es el sangrado vaginal acompañado a veces de un dolor intermitente. Sin embargo, una cuarta parte de las mujeres gestantes tienen pequeñas pérdidas de sangre durante fases precoces del embarazo y, de estos, el 50% ocasionan el fin del embarazo.

Se calcula que el 25% de todos los embarazos finalizan con aborto espontáneo y las tres cuartas partes, de estos, suceden durante los tres primeros meses del embarazo.

2. Aborto espontáneo

3. Aborto inducido o provocado

El aborto inducido o provocado es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina.

Existen cuatro tipos de aborto provocado:

- a.) Es el aborto realizado cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la madre. Aunque hoy en día esta situación ha quedado prácticamente superada como consecuencia del progreso de la medicina pero siempre hay situaciones excepcionales.
- b.) Aborto terapéutico  
Realizado cuando el embarazo es producto de una acción delictiva, fundamentalmente violaciones o relaciones incestuosas.
- c.) Aborto ético o humanitario  
Es realizado por razones personales, familiares, económicas y sociales de la mujer. Este tipo de aborto es el que tiene el máximo porcentaje de abortos realizados en el mundo.
- d.) Aborto psicosocial
- e.) Aborto eugénico  
También podría llamarse aborto "preventivo". Es el aborto practicado cuando existe la probabilidad de que el nuevo ser está afectado por anomalías o malformaciones congénitas.

**MÉTODOS QUIRÚRGICOS**

1. Succión o aspiración.
2. Dilatación y curetaje (D y C).
3. Dilatación y evacuación (D y E).
4. Inyección salina.
5. Prostaglandinas.
6. Histerotomía u operación cesárea.
7. Aborto de nacimiento parcial ("D y X")

**MÉTODOS QUÍMICOS**

1. La píldora abortiva RU 486.
2. La RU 486 complica y hace más peligroso aún el aborto quirúrgico.
3. La RU 486 puede causar serias deformidades fetales.
4. Misoprostol y Metotexate .5.
5. La píldora del día siguiente.

**CONSECUENCIAS DEL ABORTO PARA LA MUJER**

**Efectos físicos**

Esterilidad - Abortos espontáneos - Embarazos ectópicos - Nacimientos de niños muertos. Trastornos menstruales - Hemorragia - Infecciones - Shock - Coma - Útero perforado. Peritonitis - Coágulos de sangre - Fiebre /Sudores fríos - Intenso dolor - Histerectomía. Frigidez - Muerte.

**Efectos psicológicos:**

Culpabilidad - Impulsos suicidas - Sensación de pérdida - Insatisfacción - Sentimiento de luto - Pesar y remordimiento - Retraimiento - Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones - Inferior autoestima - Hostilidad - Conducta autodestructiva. Ira/RabiaDesesperación-Desvalimiento - Deseo de recordar la fecha de la muerte - Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento - Intenso interés en los bebés - Instintos maternos frustrados - Odio a todos los relacionados con el aborto - Deseo de acabar la relación con su pareja - Pérdida de interés en el sexo - Incapacidad de perdonarse a si misma Sentimiento de deshumanización - Pesadillas - Ataques / Temblores - Frustración Sentimientos de ser explotada - Abuso de los niños.

**COMPLICACIONES DEL ABORTO**

**Complicaciones del metodo de succion o aspiracion**

Infección, trauma del cérvix, peritonitis, endometritis, laceración del útero, trauma renal, inflamación de la pelvis, embolismo, trombosis, esterilidad, etc.

### **Complicaciones del método de dilatación y curetaje (D Y C)**

El método de dilatación y curetaje (D y C) tiene los mismos riesgos para la mujer que el de succión o aspiración, además de los siguientes: perforación uterina, hemorragia, infección del tracto genital, laceración intestinal, absceso pélvico y trombo embolismo.

### **Complicaciones del método de dilatación y evacuación (D Y E)**

El método de dilatación y evacuación (D y E) tiene los mismos riesgos para la mujer que el del método de dilatación y curetaje (D y C), apenas mencionado, además de los siguientes: infección pélvica, renal, del cérvix y peritoneal. También puede causar que la mujer tenga en futuros embarazos implantación ectópica, bebés de bajo peso o que nacen muertos, malformaciones congénitas, etc.

### **COMPLICACIONES DEL MÉTODO DE INYECCIÓN SALINA**

Ruptura del útero, embolismo pulmonar, otros peligrosos coágulos intravasculares, etc.

### **Complicaciones del uso de las prostaglandinas**

Ruptura del útero, sepsis, hemorragias, paro cardíaco, vómito y aspiración de éste, embolia cerebral y fallo renal agudo.

### **EL SÍNDROME DE ASHERMAN**

Durante mucho tiempo se han pasado por alto los efectos o complicaciones que el aborto causa en la salud femenina. Sin embargo, este tema actualmente se está planteando más seriamente.

Una complicación del aborto es el Síndrome de Asherman. Este síndrome se reconoce por la aparición de adherencias de tejido dentro del útero, que producen síntomas clínicos tales como anormalidades menstruales, infertilidad y abortos espontáneos frecuentes.

Una de las principales causas del Síndrome de Asherman es el aborto de dilatación y curetaje (comúnmente conocido como D&C). La incidencia del

Síndrome de Asherman debido al D&C se hace más pronunciada si existe una infección o ésta se desarrolla después de la operación.

Aunque no se conoce totalmente cómo el Síndrome de Asherman afecta la fertilidad, algunas explicaciones indican lo siguiente: las adherencias del tejido impiden que el embrión se implante en la pared uterina, lo cual trae como consecuencia que la implantación se realice en el cuello uterino o en las trompas de Falopio (embarazo ectópico) y/o que ocurra un aborto espontáneo.

Existe evidencia de que los embarazos ectópicos pueden estar relacionados con los abortos inducidos, con el Síndrome de Asherman o con el tratamiento de este último a través del dispositivo intrauterino. Obsérvese que el tratamiento final de los embarazos ectópicos es usualmente una histerectomía total (extirpación del útero). Así, un aborto inducido por D&C puede traer a largo plazo una complicación como el Síndrome de Asherman, teniendo como consecuencia un embarazo ectópico y finalmente una histerectomía total con la consiguiente pérdida de la fertilidad.

Por lo tanto, al menos una posible complicación para una mujer que se practique un aborto inducido a través del método del D&C es el Síndrome de Asherman, el cual puede llevar a la infertilidad. (Es importante resaltar también que el D&C es una de las técnicas de aborto legal mayormente usadas.) Esta información debe ser añadida al debate en torno al aborto. Las mujeres que están pensando practicarse un aborto deben ser informadas de las posibles complicaciones del Síndrome de Asherman y de sus efectos de infertilidad.

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Por consiguiente el aborto deja huellas imborrables en la vida de la mujer quien es la que sufre más daño en esta práctica, que escoge este camino por la falta de apoyo y orientación que es vital en una situación como esta.

Pero la decisión de abortar está en la mujer y ella es la que elige el camino a seguir, si toma el camino más fácil que en este caso sería el aborto le puede traer consecuencias funestas.

Por eso se recomienda el uso de anticonceptivos para no encontrarse en una situación de un "embarazo no deseado" y poner en riesgo su vida e integridad moral.

La medicina tiene principios inalterables de los cuales los que la ejercemos no podemos separarnos. El juramento realizado a tiempo de nuestra titulación nos obliga a decir rotundamente NO AL ABORTO.

Los tiempos cambian y los problemas se multiplican por muchas razones: aumento considerable de la población mundial. Derechos de las mujeres. Criminalidad, etc. y es por estas y otras razones que la práctica del aborto va en aumento con todos los riesgos consiguientes.

Lo más importante en este momento es "LA EDUCACIÓN SEXUAL" que tiene que ser impartida lo más pronto posible y que tiene que estar a cargo de 1) Los padres de familia 2) Los colegios y escuelas 3) las ONGs sobre todo en área rural 4)

Las iglesias de toda denominación.

### **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- [www.bioeticawiki.com/Historia\\_del\\_aborto/](http://www.bioeticawiki.com/Historia_del_aborto/)
- 2.- El Aborto - Monografias.com
- 3.- [https://es-la.facebook.com/NO\\_AL\\_ABORTO\\_abortolatinoamerica.com/aborto/historia-del-aborto/](https://es-la.facebook.com/NO_AL_ABORTO_abortolatinoamerica.com/aborto/historia-del-aborto/)
- 4.- Breve historia del aborto en España: de 15.000 casos clandestinos [www.religionenlibertad.com/articulo.asp?idarticulo=32902](http://www.religionenlibertad.com/articulo.asp?idarticulo=32902)
- 5.- EL ABORTO EN LA HISTORIA  
Dr. José Garrido Calderón, Director Maternidad Dr. Manuel E. Perdomo Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Santo Domingo R. D
- 6.- CIDEM
- 7.- CLINICA "CENTRO MEDICO DE DIAGNOSTICO" Potosí Historias Clínicas 1970 - 1990

## EXPEDIENTE CLINICO Y OTROS DOCUMENTOS MEDICOLEGALES.

**Dr. Hugo Eduardo Carvajal Oviedo.**

Médico Cirujano.

Jefe del Servicio de Medicina Legal del Departamento de Urgencia del Hospital Santa Barbará.

**Abog. Verónica Poppe Mujica.**

Máster en Sociología

Diplomado de Ciencia Forense e Investigación en la Escena del Crimen

**Dr. Wilfredo Felipe Campos Villegas**

Jefe Departamento de Emergencias Hospital Santa Barbará

Cirujano General

Docente Cirugía 1 Carrera de Medicina U.M.R.P.S.F.X.CH.

---

**Palabras clave:** expediente clínico, documentos médico- legales, auditoria médica y peritaje médico legal.

**Keywords:** medical records, medical-legal documents, medicalaudit and forensicexpertise.

---

### RESUMEN

El propósito del presente artículo, plantea dar a conocer, desde un punto de vista muy general, el documento básico de la praxis médico-asistencial, con el que se va a encontrar el responsable de estadística que realice labor en un centro sanitario. Tratamos sobre expedientes clínicos y otros documentos medico legales, que dentro de la tipología documental médico- asistencial, son quizás, los documentos más importantes de todos los que se manejan en el sistema de salud público y privado.

Los documentos medico legales son todas las actuaciones escritas que utiliza el médico (a) en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones, pacientes y otros. A este grupo pertenecen aquellos documentos que no adquieren valor probatorio en el mismo acto de originarse, sino con posterioridad, en

virtud de diferentes causas que sobrevienen a ellos. Los principales tipos de informes son: a) Certificados, b) La consulta, c) El dictamen d) Expediente Clínico (Historia Clínica) y e) Receta Médica.

Al segundo grupo pertenecen los documentos creados con el único objetivo de que sirvan como elemento probatorio en un posible litigio. Los principales son: el certificado de defunción forense y el dictamen pericial médico legal.

La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente, referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud. La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como Auditores Médicos por el Ministerio de Salud y Deportes en coordinación con el Colegio

Médico de Bolivia; mientras que el peritaje médico legal, será ordenado a través de requerimiento fiscal y orden judicial; la pericia tiene la función de descubrir o valorar un elemento de prueba. Por lo tanto no se debe usar el término de Auditoría Médica, como sinónimo de Peritaje Médico Legal, asimismo deberá tomarse en cuenta que la auditoria médica forense propiamente dicha, no existe.

### SUMMARY

The purpose of this article, give out raises, from a very general point of view, the basic document of the medical-care practice, in which to find statistic all yresponsible for performing workin a health center. We discussed clinical medical records and other legal documents, in the medical-

care document type, are perhaps the most important of all documents that are handled in the system of public and private health.

The medico legal documents are all gmedical actions(a) in their professional relations with the authorities, agencies, institutions, patients and others. This group includes those documents that do not acquire evidence in the very act of incurred, but later, under different causes that befall them. The main types of reports are: a) Certificates, b) Consultation, c) The opinion d) Health d) (Clinical History) e) Prescription.

The second group includes documents created with the sole purpose of serving as evidence in possible litigation. The main ones are: the death certificate of forensic and legal medical expert opinion.

Medical audit is an analytical, evaluative, technical procedure of both preventive and corrective, in order to give an independent certification regarding the medical procedure and the management of quality health services. Medical audit will be carried out only by medical professionals duly accredited Medical Auditors by the Ministry of Health and Sports in coordination with the Medical College of Bolivia, while the legal medical expert, will be ordered through tax demand and warrant; expertise serves to discover or evaluate a piece of evidence. There for e you should not use the term Medical Audit, as a synonym for Forensic Evaluations or should be noted that the medical forensic audit itself does not exist.

## 1. INTRODUCCION.

Los documentos medico legales son todas las actuaciones escritas que utiliza el médico (a) en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona. Son variadas en su estructura y finalidad, deben caracterizarse por un estilo claro, sencillo y conciso con la finalidad que facilite su comprensión por quienes deben recibirlos, y que habitualmente no son profesionales en salud.

Ante situaciones judiciales son útiles "pruebas documentales". Dentro de la prueba documental se distinguen dos grupos de pruebas:

1. prueba preconstituida,

2. prueba que inicialmente no tiene ese carácter.

Al primer grupo pertenecen los documentos creados con el único objetivo de que sirvan como elemento probatorio en un posible litigio. Al segundo grupo pertenecen aquellos documentos que no adquieren valor probatorio en el mismo acto de originarse, sino con posterioridad, en virtud de diferentes causas que sobrevienen a ellos. Dentro del primer grupo está el informe médico-legal y dentro del segundo, la historia clínica.

El acto médico, se lo define como toda atención profesional del médico, respaldada por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana. La atención de salud, es toda acción, que respaldada por normas y protocolos, realiza el personal que se desempeña en los establecimientos de salud. Los servicios de salud, es todo aquel servicio que brinda a la población, la institución prestadora de servicios de salud. El establecimiento de salud, es la unidad funcional destinada al cuidado y a la atención de salud del paciente, familia y comunidad de manera integral, intercultural y de equidad de género y generacional, a través de la educación, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que cuenta con la infraestructura física, equipamiento, recursos humanos e insumos, de acuerdo al nivel de atención, grado de complejidad y prestación de servicios que cumple (1) (2).

**Lex Artis Medicae:** es la ciencia y el arte que de acuerdo con los avances técnicos y científicos de la medicina, reconocidos y validados por la comunidad médica internacional, aplica y ejerce el profesional médico después de un proceso formal de capacitación superior universitaria.

**El peritaje médico,** es la evaluación médica científica y técnica de las condicionantes relacionadas con un hecho cuestionado, realizado por médicos reconocidos y designados por autoridad competente. El secreto médico,

toda información identificada durante el acto médico sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, su tratamiento y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, inclusive después de su muerte, para salvaguarda de la dignidad del paciente.

**La iatrogenia,** resultado inesperado de la aplicación de técnicas y fármacos. La idiosincrasia, resultado no previsible de la aplicación de fármacos, dependiente de factores propios de la persona (3).

Las siguientes actividades están relacionadas con el ejercicio profesional (4):

- a) Medicina Forense,
- b) Peritaje,
- c) Auditoria Médica, y;
- d) Otras de igual naturaleza.

Los Documentos Médicos Oficiales, bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes (5):

- a) Expediente médico.
- b) Historia clínica.
- c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e) Certificado médico.
- f) Informes médicos.
- g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo.
- i) Certificado de defunción.
- j) Protocolo de autopsia.
- k) Informe pericial.
- l) Hoja anestésica.
- m) Interconsultas.
- n) Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o) Epicrisis.
- p) Transferencias.
- q) Informes médicos legales.
- r) Recetas médicas.

Otra forma de clasificación de los documentos medico legales, existen los escritos y los iconográficos, que definimos a continuación:

Los documentos escritos del expediente clínico, ya sea manualmente o mediante cualquier recurso técnico. Los documentos iconográficos del expediente clínico que muestra una imagen, grafica, dibujo, fotografía, radiografía, tomografía, ecografía, gammagrafía y lamina histopatológica.

El Consentimiento informado, tiene que ver con el proceso de recibir información suficiente y clara un sobre un determinado procedimiento terapéutico o diagnóstico, entender esa información y, como consecuencia, tomar una decisión libre de aceptación o rechazo.

El consentimiento informado es una herramienta. Expresa el curso de voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas que deciden contribuir a un procedimiento científico con protección social. Constituye el soporte documental que verifica que el paciente (o su representante legal), ha recibido y entendido la información facilitada por el médico, el odontólogo, el profesional el técnico encargado del procedimiento diagnóstico o terapéutico.

## 2. DOCUMENTOS MEDICOS, CON VALOR PROBATORIO POSTERIOR.

Es el medio a través del cual el médico hace efectiva su colaboración con la administración de justicia.

Los principales tipos de informes son: a) certificado, b) la consulta, c) el dictamen d) Expediente Clínico (Historia Clínica) y e) Receta Médica.

### 2.1. CERTIFICADO MEDICO:

Es un documento que da constancia escrita de un hecho o hechos que el médico (a) ha comprobado con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios profesionales realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad.

Otra definición, es el informe médico emitido en un formulario expreso del Colegio Médico de Bolivia, solicitado por el paciente o por su representante legal, a cualquiera de los profesionales médicos que lo hubiese tratado, como efecto de su estado salud enfermedad actual o pasado (6).

Este documento posee dos características medico legales:

En nuestro país se extiende en fórmulas impresas por el Colegio

**No va dirigido a nadie en particular**

**El médico queda relevado del secreto profesional al sersolicitado por la parte interesada (el paciente).**

Médico Nacional, se debe llenar de la siguiente manera:

1. Escribir el lugar y la fecha de emisión del certificado médico.
2. Se debe escribir el nombre completo del profesional quien realiza el certificado.
3. Se debe colocar el número de la matricula profesional, otorgada por el Ministerio de Salud.
4. De igual manera escribir la matricula del Colegio Médico Departamental donde ejerce el profesional que emite el certificado médico.
5. En el texto se puede iniciar... Certifica que:
6. Continuar con el inicio del certificado, redactando por ejemplo: Haber realizado el examen físico al Sr. (a) <nombre completo del paciente>, la edad, según la cédula de identidad, la fecha y la hora de realizado el examen clínico.
7. Inicio del cuerpo del certificado propiamente dicho: incluir todos la signosintomatología positiva y los no encontrados (importantes), siguiendo el orden anatómico.
  - a) Si bien se debe utilizar nomenclatura médica, debe ser claro y entendible para todos (médicos y los que no lo son).
  - b) En lo posible a máquina de escribir u ordenador, si se contará. De lo contrario redactar a mano con letra legible y clara (de preferencia en imprenta).

**Lugar y la fecha** de emisión del certificado médico.

**Nombre completo del profesional** quien realiza el certificado.

**Número de la matricula profesional**, otorgada por el Ministerio de Salud y **número matricula del Colegio Médico Departamental** donde ejerce el profesional que emite el certificado médico.

El **texto** se puede iniciar... *Certifica que:.... Haber realizado el examen físico al Sr. (a) <nombre completo del paciente>, la edad, según la cédula de identidad, la fecha y la hora de realizado el examen clínico.*

Cuerpo del certificado propiamente dicho: incluir la **signosintomatología encontrada y los no encontrados (importantes)**, siguiendo el orden anatómico, y establecerse uno o más diagnósticos (presuntivos y/o de certeza según se cuente con la evidencia y dentro del marco de la CIE-10).

**Firma y sello** del profesional que otorga el certificado médico.

8. Se concluye con la firma y sello del profesional que otorga el certificado médico.

Se conoce también como opinión, se trata de un informe breve, que puede expresarse de modo verbal o escrito, se extiende a solicitud de autoridad judicial o de alguna de las partes. Tiene como objetivo valorar o estimar algún aspecto referente a personas o hechos. En el tema de violencia intrafamiliar, de acuerdo a la Ley 348, tanto el personal de salud (no médicos) y sanitarios pueden hacer un informe, que tiene valor legal.

### 2.3. BASES LEGALES DEL CERTIFICADO MEDICO Y CONSULTA:

Según el Art. 201. Falsedad ideológica en Certificado Médico. El médico que diere un certificado falso, referente a la existencia o inexistencia de alguna enfermedad o lesión, será sancionado con reclusión de un mes a un año y multa de treinta a cien días.

Si el falso certificado tuviere consecuencia que una persona sana sea internada en un manicomio o casa de salud, será sancionado con reclusión de seis meses a dos años y multa de treinta a cien días (7).

Con el propósito de dar la celeridad, oportunidad y calidad a la atención de las víctimas de violencia, es imperativo, que se aplique a cabalidad el siguiente artículo de la Ley 348- Ley Integral para garantizar a las mujeres una Vida Libre de Violencia", indica (8):

Artículo 65 Certificados Médicos.- "Para establecer el estado físico de la mujer que hubiera sufrido una agresión física o sexual, cualquier profesional de salud que preste servicios en instituciones públicas o privadas acreditadas deberá extender un certificado médico, de acuerdo al protocolo único de salud integrado al formulario único que se establezca. Para fines judiciales, este certificado médico se lo tendrá como un indicio respecto a los delitos establecidos en la presente Ley, una vez homologado, adquirirá valor probatorio.

El certificado deberá ser homologado por un experto o una experta forense, quien deberá entrevistar en primera instancia

a la o el profesional que extendió el certificado, y solamente en caso de que exista necesidad fundada e ineludible, podrá practicar otro examen médico a la mujer."

De esta manera se evita que la víctima sufra el proceso de re- victimización que inicia cuando la fuerza especial de lucha contra la violencia (ex - Brigada de Protección a la Familia) se hace cargo de su caso, le toma la denuncia, la lleva a un centro de salud donde la víctima debe responder las mismas preguntas que con fines de diagnóstico y valoración del daño corporal de las lesiones le realizará el personal de salud, finalmente el médico forense volverá a realizar la revisión física para determinar los días de incapacidad y nuevamente será sometida al cuestionario que en este caso estaría respondiendo por tercer vez.

Más al contrario si el espíritu de la Ley 348, es aplicado como indica su artículo 65, se podrían reducir mucho las instancias y la víctima tendría una atención inmediata, adecuada y no tendría que ser sometida a la re- victimización que significa una doble revisión física y una triple declaración de los hechos relacionados con el proceso violento sufrido. Las instituciones de salud, contarían con informes médicos completos que serían directamente informados por el médico tratante al médico forense, lo cual garantizaría detalles técnicos que podrían ayudar a la investigación y el esclarecimiento del caso, sin estas etapas de daño psicológico a las que ahora es sometida la víctima.

### 2.4. DICTAMENMEDICO:

Es un informe propiamente dicho, informe pericial, experticia o pericia. Es un documento emitido por orden de la autoridad judicial para que el perito (él medico (general o de cualquier especialidad) puede ser llamado como perito por autoridad competente) lo ilustre acerca de los aspectos médicos en hechos judiciales o administrativos (9).

Consta de las siguientes partes:

- Preámbulo. Que contiene el nombre, título y lugar de residencia del perito,

autoridad judicial que solicita la pericia; tipo de asunto y nombre de las partes, objetivo de la pericia.

- Exposición. Contiene la relación y descripción de los objetos, personas o hechos acerca de los cuales debe informarse; descripción de las técnicas empleadas por el perito y de los resultados obtenidos.
- Discusión. Es la evaluación mediante un razonamiento lógico y claro en el que se relacionan los elementos estudiados con las conclusiones a que se llega una vez efectuado el estudio.
- Conclusiones. Deben sintetizar la opinión del perito, de modo concreto y breve y, si es posible, categórico también.
- Fórmula final. Puede utilizarse alguna de estas expresiones: "A la disposición del señor Juez, para cualquier información adicional que considere pertinente" o "Es cuanto puedo manifestar en cumplimiento de la misión que me ha sido encomendada", la fórmula final incluye la firma del médico.

A su vez, el dictamen puede, originar de oficio o a solicitud de parte, dos subtipos de informes: aclaración y ampliación.

La aclaración tiene el propósito de una mayor o mejor explicación de aspectos que no se entendieron adecuadamente. El perito no debe abusar de términos técnicos, y cuando es indispensable su empleo, debe explicarlos en su acepción particular.

La ampliación tiene por finalidad que el perito profundice en aspectos en los que fue omiso o demasiado parco.

### 2.5. EXPEDIENTE CLINICO:

El expediente clínico es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud- enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además de instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud. Su interpretación y análisis tienen su aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico- nosológico, en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo,

ético y jurídico. Teniendo como objetivo de proteger la salud de la población y promover la excelencia en la elaboración y utilización del Expediente Clínico, que es uno de los indicadores más confiables para constatar la calidad en la presentación de los servicios de salud (10).

El expediente clínico, es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en su establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera el estado de salud-enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento (11).

Para que el expediente clínico, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir con las siguientes condiciones básicas (12):

- Veracidad.
- Carácter científico.
- Integridad.
- Sujeción a la norma.
- Secuencialidad.
- Disponibilidad.
- Exclusividad.
- Unicidad.
- Codificación.

En virtud de la mayor precisión posible, dentro de los múltiples usos y aplicaciones del expediente clínico, es necesario definir sus finalidades, siendo las siguientes (13):

- Asistencial.
- Docencia.
- Investigación.
- Gestión y planificación de recursos.
- Información.
- Administración.
- Jurídica Legal.
- Control de calidad asistencial.
- Comunicación.

Según los tipos de expediente clínico se los puede clasificar en:

**1. Expediente Clínico de Hospitalización:** Es el que incluye todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa y hospitalización,

a la cual se agregan los documentos de alta, una vez que se cumple la misma, lo conforman (14):

- a) Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
- b) Formulario de consentimiento informado.
- c) Ordenes médicas.
- d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- f) Elementos quirúrgicos: nota preoperatoria, protocolos quirúrgicos, nota pos- operatoria.
- g) Elementos de anestesia: nota pre-anestésica, protocolo de procedimiento anestésico u hoja de registro anestésico, nota pos- anestésica, nota de recuperación.
- h) Elementos de enfermería: notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, Kardex de enfermería, hoja de control de líquidos administrados y eliminados.
- i) Epicrisis.
- j) Documentos administrativos: nota de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta (alta solicitada, transferencia), nota de referencia y Contrarreferencia, informe de emergencias.
- k) Documentos adicionales: Protocolo de autopsia, certificado de defunción (copia), informe de auditoría médica especial o inducida, ficha social, autorización temporal, certificado médico (copia), recetas, formulario o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica perinatal y otros).

## 2. Expediente Clínico de Consulta Externa:

Este incluye a todos los documentos relacionados con la enfermedad del paciente en el proceso de consulta externa realizado en el establecimiento, con o sin hospitalización. En el caso de derivación de otro establecimiento, para que se cumpla la consulta o consultas, contara con la respectiva

documentación de referencia, y de darse el caso, copias de la documentación de resolución o contrarreferencias remitida al establecimiento de origen, la conforman (15):

- a) Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
- b) Formulario de consentimiento informado.
- c) Ordenes médicas.
- d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.
- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- f) Elementos de enfermería.
- g) Resúmenes de atención, orientación y prescripción del paciente.
- h) Documentos administrativos.
- i) Documentos adicionales: Protocolo de autopsia, certificado de defunción (copia), informe de auditoría médica especial o inducida, ficha social, autorización temporal, certificado médico (copia), recetas, formulario o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica perinatal y otros).

## 3. Expediente Clínico de Consulta de Emergencia:

Incluye todos los documentos relacionados con la atención y hospitalización del paciente, por el tiempo que permaneció internado en el Servicio o Unidad de Emergencias o Urgencias del Establecimiento, incorporando la documentación referida al alta, referencia a otro servicio de internación (ya sea del propio establecimiento o de otro) y el certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente; lo conforman (16):

- a) Historia clínica propiamente dicha: datos generales y aspectos técnicos médicos.
- b) Formulario de consentimiento informado.
- c) Ordenes médicas.
- d) Notas de evolución, interconsulta e informes de junta médica.

- e) Informes de exámenes de laboratorio, gabinete y anatomía patológica.
- f) Elementos de enfermería: notas de tratamiento y medicamentos administrados, hoja de evolución de enfermería, Kardex de enfermería, hoja de control de líquidos administrados y eliminados.
- g) Resúmenes de atención, orientación y prescripción del paciente.
- h) Documentos administrativos: nota de ingreso o admisión, nota de egreso o nota de alta (alta solicitada, transferencia), nota de referencia y Contrarreferencia, informe de emergencias.
- i) Documentos adicionales: Protocolo de autopsia, certificado de defunción (copia), informe de auditoría médica especial o inducida, ficha social, autorización temporal, certificado médico (copia), recetas, formulario o fichas de programas específicos cuando corresponda (programa TB, ITS, quimioterapia, AIEPI, desnutrición, historia clínica perinatal y otros).

El contenido del expediente clínico, está conformado por tres partes: contenido general, contenido específico y contenido adicional, detallaremos a continuación:

**1. Contenido general:** Está formado por dos partes la asistencial y la administrativa (17).

- a) El contenido asistencial incluye todos los documentos referidos al proceso salud enfermedad de la persona, durante la consulta, hospitalización y seguimiento ambulatorio, avalados por quienes participan en su atención.
- b) El contenido administrativo proporciona datos generales que permiten identificar en forma sencilla cada paciente, son los siguientes: número del expediente clínico, fecha de ingreso, hora, nombre, ocupación, edad, fecha y lugar de nacimiento, sexo, raza, lugar de procedencia, domicilio, ocupación, teléfono (fijo o móvil), datos de los padres, familiar o persona responsable, seguro médico (si contase con uno), servicio o unidad de hospitalización y Nro. de cama ocupada; se incorpora documentos administrativos.

**2. Contenido Específico:** Está formado por (18):

- a) Papeleta de información.
- b) Nota de internación.
- c) Grafica de registro de signos vitales
- d) Historia Clínica.
- e) Consentimiento Informado.
- f) Informe de exámenes complementarios.
- g) Notas de evolución.
- h) Interconsultas.
- i) Notas de informe profesional.
- j) Documentos quirúrgicos.
- i) Protocolo quirúrgico.
  - ii.- Registro quirúrgico.
- k) Documentos de anestesiología.
  - i.- Notas pre anestésica.
  - ii.-Protocolo del procedimiento de anestesia.
  - iii. Nota de recuperación anestésica
- l) Notas de Indicaciones medicas
- m) Documentos de enfermería.
  - i.- Notas de evolución de enfermería.
  - ii.-Notas de registro de enfermería.
- n) Epicrisis.
- o) Informe de Emergencia.

**3. Contenido Adicional:** Está formado por (19):

- a) Notas de referencia, resolución, Contrarreferencia.
- b) Protocolo de necropsia (autopsia).
- c) Certificado de defunción.
- d) Informe de auditoría médica.
- e) Autorización de salida temporal.
- f) Certificado médico.
- g) Formulación o fichas de programas específicos.
- h) Fichas de trabajo social.
- i) Recetas.

## 2.6. HISTORIA CLÍNICA:

Es un documento de valor médico y de potencial valor legal. Se considera completa cuando contiene suficiente información acerca de los acontecimientos que justifiquen el diagnóstico, el tratamiento y el resultado final.

“Siempre debe estar escrita con letra clara y legible, en toda su estructura”.

Es el documento central del expediente clínico, que nos señala los datos generales del paciente y sus antecedentes personales, familiares, no patológicos, patológicos y ginecobstétricos en el caso de ser mujer; describe las condiciones actuales de su estado de salud-

enfermedad, investigadas y recogidas a través de la anamnesis o interrogatorio y el examen físico general y segmentario o regional. Concluye estableciendo el diagnóstico presuntivo, diagnósticos diferenciales y una propuesta de conducta terapéutica.

El responsable para su elaboración, dentro de las 8 horas de transcurridas la hospitalización, es el médico tratante. En los hospitales de enseñanza, la Historia Clínica puede ser elaborada por delegación del médico tratante al médico residente de la unidad o servicio donde se hospitalizo al paciente, o por el estudiante de último año que se encuentra en cumplimiento su internado rotatorio, bajo supervisión y revisión del médico de planta, quien necesariamente dará su conformidad, estampando su nombre, sello y firma al pie del documento (20). Debe estar escrita con letra legible, y debe instruirse al recurso humano involucrados (médicos, enfermeras, auxiliares, otro personal como nutricionistas, etc.) en la elaboración del archivo clínico sobre la necesidad de insertar al mismo actualización de nombres y apellidos completos y firmas. Es necesario que el archivo clínico tenga buena organización y niveles de pulcritud, sin manchas o borrones. El médico debe firmar todas las actualizaciones.

### 2.6.1. Aspectos Legales:

La historia clínica es un documento de valor legal potencial, es propiedad del hospital y se elabora y conserva para beneficio del enfermo. Sin embargo, su contenido pertenece exclusivamente al paciente, porque se trata de información personal. De ahí que se considere totalmente confidencial y privada.

**Considerando su potencial valor legal, La historia clínica debe estar escrita con letra clara y legible, en toda su estructura**

En consecuencia, el hospital puede expedir copias o resúmenes (Epicrisis) de las historias clínicas únicamente en los siguientes casos:

- Por orden judicial.
- A solicitud del paciente, con autorización escrita de un médico.
- A solicitud escrita de un médico:
- Para continuar el tratamiento del paciente.
- Con fines estrictamente científicos. En esta eventualidad se debe respetar el derecho a la confidencia, manteniendo el caso bajo anonimato.
- A solicitud de una institución de seguros mediante petición escrita y autorización firmada por el asegurado.

### 2.6.2. Valor Probatorio De La Historia Clínica:

Probar significa demostrar la existencia de los hechos afirmados por la partes, es decir, examinar los hechos expuestos a la luz de los elementos de convicción que se lleven al proceso. La historia Clínica, especialmente en los procesos por ejercicio inadecuado de la medicina constituyen una importante prueba documental, ya sea de cargo o de descargo.

Si bien no se elabora originalmente, como elemento probatorio, la historia clínica este carácter cuando surge el conflicto médico legal. En ocasiones constituye prueba por sí mismo cuando a través de ella se evidencia impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia de reglamentos por parte del médico, como causa generadora del daño al paciente. En otros casos solamente tiene carácter de indicio, porque en ella no se observa, deduce o denota error alguno.

Por ser instrumento científico que en la mayoría de las ocasiones escapa a la comprensión del juez, la historia clínica requiere una interpretación o "traducción" por parte del médico legista para que aquél pueda entenderla y otorgarle a los hechos en ella contenidos su real valor probatorio.

### 2.7. RECETA MÉDICA:

La receta o prescripción médica constituye el documento legal que

avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignado los siguientes datos (21):

1. Nombre completo del paciente.
2. Nombre genérico del medicamento prescrito.
3. Vía y cuidados especiales para la administración.
4. Concentración y dosificación.
5. Frecuencia de administración en 24 horas.
6. Duración del tratamiento.
7. Precauciones especiales para la administración del producto o productos prescritos.
8. Indicaciones especiales para el paciente.
9. Datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional y del CMB).

La prescripción, termino referido a las indicaciones que los profesionales o técnicos a cargo del paciente, anotan en el expediente clínico para su correspondiente tratamiento, ya sean con fines diagnósticos o de terapéutica. Es extensivo a las indicaciones que pueden anotarse en las Epicrisis del expediente clínico, certificados médicos, informes o recetas, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento.

La proscripción, termino referido a las prohibiciones o contraindicaciones que establecen los profesionales o técnicos a cargo del paciente, durante su atención o tratamiento. Al igual que la prescripción, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento (22).

Prevía verificación con enfermería de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados, la prescripción de dichos fármacos debe señalar necesariamente:

1. Nombre genérico del medicamento.
2. Forma de presentación.
3. Dosis.
4. Vía y cuidados especiales para la administración, para aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas

de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional.

El deber de enfermería velar por el estricto cumplimiento de las indicaciones y administración de medicamentos, caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

### 3. DOCUMENTOS MEDICOS LEGALES, CON VALOR PROBATORIO PRECONSTITUIDA

#### 3.1. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DICTAMEN MEDICO-LEGAL:

Dentro de la patología forense, certificar la causa y la manera de la muerte constituye la principal responsabilidad del médico. Para tales efectos existen el certificado de defunción y el dictamen médico legal respectivamente. El primero tiene propósitos civiles y estadísticos y el segundo propósitos judiciales.

El certificado de defunción, es un documento obligatorio que extiende el médico de planta o tratante del paciente, cuando este fallece al interior del establecimiento. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el expediente clínico y muy excepcionalmente podría ser extendido por otro médico distinto al tratante, siempre que le conste el fallecimiento

**El dictamen médico legal o "informe de la investigación de la muerte" es un documento empleado para registrar detalles relevantes de una muerte para fines judiciales y es también un certificado de que la muerte de una persona específica ha ocurrido.**

del paciente o que lo hubiese atendido en sus últimos momentos.

En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico de defunción solamente puede ser extendido y firmado por el médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por ley (23).

En consecuencia, el hospital puede expedir copias o resúmenes (Epicrisis) de las historias clínicas únicamente en los siguientes casos:

- Por orden judicial.
- A solicitud del paciente, con autorización escrita de un médico.
- A solicitud escrita de un médico:
- Para continuar el tratamiento del paciente.
- Con fines estrictamente científicos. En esta eventualidad se debe respetar el derecho a la confidencia, manteniendo el caso bajo anonimato.
- A solicitud de una institución de seguros mediante petición escrita y autorización firmada por el asegurado.

### 2.6.2. Valor Probatorio De La Historia Clínica:

Probar significa demostrar la existencia de los hechos afirmados por la partes, es decir, examinar los hechos expuestos a la luz de los elementos de convicción que se lleven al proceso. La historia Clínica, especialmente en los procesos por ejercicio inadecuado de la medicina constituyen una importante prueba documental, ya sea de cargo o de descargo.

Si bien no se elabora originalmente, como elemento probatorio, la historia clínica este carácter cuando surge el conflicto médico legal. En ocasiones constituye prueba por sí mismo cuando a través de ella se evidencia impericia, negligencia, imprudencia o inobservancia de reglamentos por parte del médico, como causa generadora del daño al paciente. En otros casos solamente tiene carácter de indicio, porque en ella no se observa, deduce o denota error alguno.

Por ser instrumento científico que en la mayoría de las ocasiones escapa a la comprensión del juez, la historia clínica requiere una interpretación o "traducción" por parte del médico legista para que aquél pueda entenderla y otorgarle a los hechos en ella contenidos su real valor probatorio.

### 2.7. RECETA MÉDICA:

La receta o prescripción médica constituye el documento legal que avala la dispensación bajo prescripción facultativa. Su fin es terapéutico y la emite el médico tratante o interconsultado, en un formulario institucional expreso, que debe ser llenado en letra claramente legible, consignado los siguientes datos (21):

1. Nombre completo del paciente.
2. Nombre genérico del medicamento prescrito.
3. Vía y cuidados especiales para la administración.
4. Concentración y dosificación.
5. Frecuencia de administración en 24 horas.
6. Duración del tratamiento.
7. Precauciones especiales para la administración del producto o productos prescritos.
8. Indicaciones especiales para el paciente.
9. Datos de identificación del prescriptor (nombre completo, firma, matrícula profesional y del CMB).

La prescripción, termino referido a las indicaciones que los profesionales o técnicos a cargo del paciente, anotan en el expediente clínico para su correspondiente tratamiento, ya sean con fines diagnósticos o de terapéutica. Es extensivo a las indicaciones que pueden anotarse en las Epicrisis del expediente clínico, certificados médicos, informes o recetas, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento.

La proscripción, termino referido a las prohibiciones o contraindicaciones que establecen los profesionales o técnicos a cargo del paciente, durante su atención o

tratamiento. Al igual que la prescripción, deben ser claramente informadas y explicadas al paciente, para su cabal cumplimiento (22).

Previa verificación con enfermería de la fecha de vigencia de los fármacos a ser administrados, la prescripción de dichos fármacos debe señalar necesariamente:

1. Nombre genérico del medicamento.
2. Forma de presentación.
3. Dosis.
4. Vía y cuidados especiales para la administración, para aquellos fármacos que pudieran provocar reacciones alérgicas u otras formas de intolerancia o complicación, que estuviesen conocidas y advertidas por la literatura científica internacional.

El deber de enfermería velar por el estricto cumplimiento de las indicaciones y administración de medicamentos, caso contrario deberá hacer el reclamo oportuno, requiriendo las aclaraciones o modificaciones que sean necesarias.

## 3. DOCUMENTOS MEDICOS LEGALES, CON VALOR PROBATORIO PRECONSTITUIDA

### 3.1. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DICTAMEN MEDICO-LEGAL:

Dentro de la patología forense, certificar la causa y la manera de la muerte constituye la principal responsabilidad del médico. Para tales efectos existen el certificado de defunción y el dictamen médico legal respectivamente. El primero tiene propósitos civiles y estadísticos y el segundo propósitos judiciales.

El certificado de defunción, es un documento obligatorio que extiende el médico de planta o tratante del paciente, cuando este fallece al interior del establecimiento. Obedece a un formulario expreso cuya copia queda en el expediente clínico y muy excepcionalmente podría ser extendido por otro médico distinto al tratante, siempre que le conste el fallecimiento

del paciente o que lo hubiese atendido en sus últimos momentos.

En caso de muerte sin asistencia médica, muerte domiciliaria, muerte sospechosa de delito y muerte por violencia, el certificado médico de defunción solamente puede ser extendido y firmado por el médico forense, después de cumplir procedimientos especiales establecidos por ley (23).

De un modo general, informa sobre la causa de muertes, la enfermedad, traumatismo o anomalía que sola o en combinación es la causante del inicio de la secuencia de trastornos funcionales, ya sea breve o prolongada, que eventualmente culmina con la muerte.

El certificado médico de causa de defunción recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), consta de

dos partes. La Primera comprende las causas determinantes y la segunda las causas contribuyentes.

Las causas determinantes consisten en la sucesión de causas y efectos que condujeron a la muerte. Se disponen en líneas que se enumeran, de arriba hacia abajo, a, b y c.

## I. CAUSAS QUE PRODUJERON LA MUERTE.

- (a) **Causa directa que provoco la muerte.**
- (b) **Causa intermedia, las implicaciones de la enfermedad.**
- (c) **Causa básica de la muerte, enfermedad fundamental de la muerte.**

## II. OTROS ESTADOS SIGNIFICATIVOS.

### Otros estados patológicos significativos que contribuyeron indirectamente a la muerte.

### 3.2. MODELO DE INFORME PERICIAL.

El informe pericial contendrá la información del peritaje que se ha llevado a cabo previamente y por lo tanto es el instrumento de comunicación entre la Médico Forense y el Derecho. Materializa las respuestas a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito, por lo que deberá estar configurado y confeccionado de manera que proporcione de forma comprensible a los sistemas jurídicos, la información operativa para las decisiones jurídicas, en las distintas áreas del derecho.

#### 3.2.1. Parte Inicial:

Se trata de un encabezamiento inicial en el que se especifica los datos de filiación de los peritos, titulaciones y otros datos sobre su ejercicio profesional. Contiene así mismo los datos de la persona, entidad jurídica o institución que ha solicitado dicho informe, así como los datos (numeración, fecha, etc.) del expediente en el ámbito administrativo o bien de los datos de archivo del Juzgado. Citando en ese caso textualmente lo que se solicita de nuestra pericia.

Finalmente aparece el nombre de la persona objeto del peritaje forense. Nombre completo del informado.

#### 3.2.2. Parte Expositiva:

En primer lugar se hace referencia a la edad del informado, el lugar donde ha sido explorado, así como la fecha de la primera exploración y sucesivas.

#### ANTECEDENTES PERSONALES ANTECEDENTES PERSONALES

En este apartado se incluye información de dos tipos, ambas ordenadas cronológicamente:

Aspectos biográficos:

- Se incluirían aquí por un lado datos de tipo evolutivo gestación, parto, problemas neonatales, enfermedades infantiles.
- Escolarización, integración en el medio escolar y nivel de estudios adquirido.
- Servicio Militar (en su caso) que también es buen índice de adaptación.
- Historia laboral del informado, cambios de empleo si los ha habido, motivos, nivel de integración en el medio laboral, etc.

- Relaciones amistosas y afectivas.
- Historia familiar del informado, relaciones con padres, hermanos, matrimonio, relación con el cónyuge, con los hijos. Etc.

#### Patobiografía.

Incluye el historial patológico del informado, enfermedades padecidas por el mismo, tanto de naturaleza psíquica como orgánica.

Para la confección de este apartado se recaban los informes de otros especialistas, informes de ingresos y altas en hospitales, de los servicios de urgencias, recetas de medicamentos, certificados médicos, informes de médicos de empresa., etc.

Se ordenan cronológicamente detallando fecha del documento, nombre del facultativo, especialidad, lugar donde se emite el informe y a continuación se extrae de forma textual los datos de interés que aparecen en dicho informe: exploración, diagnóstico y conclusiones.

**Antecedentes Familiares.****ANTECEDENTES FAMILIARES ANTECEDENTES FAMILIARES**

En este apartado se hace referencia a la existencia de antecedentes familiares patológicos en la familia.

**3.2.3. Parte Reflexiva:**

Se realiza una integración de todos los datos obtenidos anteriormente, resultados de los estudios y resultados de otras pruebas médicas complementarias que se haya considerado oportuno practicar.

**3.2.4. Parte Conclusiva:**

Sobre la base de ello se establece una conclusión en forma de diagnóstico que debe ajustarse a los criterios y códigos de las actuales clasificaciones diagnósticas DSM-IV y CIE-10.

Deben sintetizar la opinión del perito, de modo concreto y breve y de manera categórica.

**3.3. BASE LEGAL DE LA PERICIA:**

- El Artículo 204, del Nuevo Código de Procedimiento Penal, dice acerca de la "Pericia". Se ordenará una pericia cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sean necesarios conocimientos especializados en alguna ciencia, arte o técnica. "
- Y el Artículo 205°. - Peritos. "Serán designados peritos quienes, según reglamentación estatal, acrediten idoneidad en la materia."
- El Artículo 206°. - Examen médico. El fiscal ordenará la realización de exámenes médico forenses del imputado o de la víctima, cuando éstos sean necesarios para la investigación del hecho denunciado, los que se llevarán a cabo preservando la salud y el pudor del examinando. Al acto sólo podrá asistir el abogado o una persona de confianza del examinado, quien será advertido previamente de tal derecho.

**4. AUDITORIA MEDICA:**

Los informes de auditoría médica, se realiza en caso de haberse realizado

auditoria ya sea durante su internación del paciente o después de su alta. Necesariamente se consignara en el expediente clínico una copia de las respectivas actas o informes, debidamente firmados y en los formularios que se registran en el Manual de Auditoria.

**4.1. FUNDAMENTO JURIDICO.**

En el CAPITULO VII: AUDITORIA MÉDICA (24).

ARTICULO 15. (Auditoría Médica). La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.

ARTICULO 16. (Auditores Acreditados). La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como auditores médicos por el Ministerio del área de Salud en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia, con el apoyo de otros profesionales en determinadas circunstancias.

ARTICULO 17. (Revelación del Secreto Médico). Se exceptúa y se exime al médico, de guardar el secreto médico en los siguientes casos:

- a) Cuando el paciente o su responsable legal autoriza expresamente al médico a revelarlo.
- b) Cuando actúa en el desempeño de sus funciones como médico forense a requerimiento de autoridad competente.
  - a) Cuando se trate de casos de enfermedad notificable.
  - b) Cuando la salud de la familia y la comunidad se encuentren en riesgo inminente.
  - c) En caso de menores de edad los padres, parientes o responsables de los mismos no podrán dar a conocer la información sobre su estado médico salvo para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa legal.

d) Cuando la Ley disponga expresamente,

En el CAPITULO VIII: CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE MEDICO.

ARTICULO 18. Se crea el Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje que regula la relación de conflicto médico - paciente ocupándose de sus controversias, debiendo ser reglamentado por Decreto Supremo en su estructura y funcionamiento.

**4.2. REQUERIMIENTO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO POR CAUSAS LEGALES, AUDITORIA MEDICA EXTERNA O PERITAJE (25).**

- Requerimiento por causa legal: El director del establecimiento de salud dará curso al requerimiento fiscal y orden judicial con el levantamiento de un Acta de Entrega y Recepción, que será firmada tanto por la parte solicitante como por el director, y con el único recaudo de sacar copia magnética o fotostática del expediente clínico para el establecimiento, hasta que el original sea devuelto mediante llenado de un Acta de Devolución; ambas actas deben ser llenadas en formularios especiales, según norma el Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica.
- Requerimiento por Auditoria Médica Externa: El director del establecimiento de salud dará curso al requerimiento, de acuerdo a los recaudos contemplados en los artículos 54 y 55 del Manual de Auditoria en Salud y Norma Técnica.
- Requerimiento por Peritaje: El director del establecimiento de salud dará curso al requerimiento fiscal y orden judicial.

La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como auditores médicos por el Ministerio de Salud y deportes en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia; mientras que el peritaje médico legal,

se ordenará (requerimiento fiscal y orden judicial) una pericia cuando para descubrir o valorar un elemento de prueba sean necesarios conocimientos especializados con puntos periciales previamente determinados por la autoridad competente y de conocimiento de las partes. Por lo tanto no se debe usar el término de auditoría médica como sinónimo de peritaje médico legal, y no existe la auditoría médica forense, por el expuesto en presente artículo sobre expediente clínico y otros documentos médicos legales.

### BIBLIOGRAFIA

1. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 1 al Art. 5.
2. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 4 (Definiciones) del Capítulo II: Principios y Definiciones.
3. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 4 (Definiciones) del Capítulo II: Principios y Definiciones.
4. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 9 (Actividades Relacionadas) del Capítulo IV: Del Ejercicio Medico y Las Funciones.
5. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 10 (Documentos Médicos Oficiales) del Capítulo IV: Del Ejercicio Medico y Las Funciones.
6. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 13, punto 13.7.
7. Bolivia. CÓDIGO DE PENAL- LEY 1768. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Ley del 10 de marzo de 1997. Art. 204 al Art. 215 del Título IV: Pericias.
8. Bolivia. LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA- LEY 348. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, Ley del 09 de marzo del 2013. Art. 65 (Certificados Médicos) del Capítulo III: Persecución Penal.
9. Bolivia. Código de procedimiento penal- ley 1970. Gaceta Oficial del Estado plurinacional de Bolivia, Ley del 25 de marzo de 1999. Art. 204 al Art. 215 del Título IV: Pericias.
10. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 1 del Capítulo I: Disposiciones Generales.
11. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 5 (definiciones) del Capítulo I: Disposiciones Generales, punto 5.1.
12. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 6 (Condiciones Básicas del Expediente Clínico) del Capítulo I: Disposiciones Generales.
13. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 7 (Finalidades) del Capítulo I: Disposiciones Generales.
14. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 8 (Expediente Clínico de Hospitalización) del Capítulo II: Tipos de Expediente Clínico.
15. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 9 (Expediente Clínico de Consulta Externa) del Capítulo II: Tipos de Expediente Clínico.
16. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 10 (Expediente Clínico de Emergencia) del Capítulo II: Tipos de Expediente Clínico.
17. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 11 (Contenido General) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
18. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 12 (Contenido Especifico) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
19. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 13 (Contenido Adicional) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
20. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 12 (Contenido Especifico) del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
21. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 13 (Contenido Adicional) en su punto 13.10 del Capítulo II: Contenido del Expediente Clínico.
22. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art. 5 (Definiciones) en su puntos 5.22 y 5.23 del Capítulo I: Disposiciones Generales.
23. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art.13 (Contenido Adicional) en su punto 13.3 del Capítulo III: Contenido del Expediente Clínico.
24. Bolivia. LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO- LEY 3131. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia, ley del 8 de agosto del 2005. Art. 4 (Definiciones) del Capítulo II: Principios y Definiciones.
25. MSD. NORMA TÉCNICA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz, 2008. Pág. 32. Art.24 (Requerimiento del Expediente Clínico por Causas Legales, Auditoría medica Externa o Peritaje) del Capítulo V: De los Requerimientos y Acceso al Expediente Clínico.

**ALTERACIONES EN LA CONDUCTA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES  
COMO CONSECUENCIA DEL ABANDONO  
EN EL HOGAR MALLORCA  
DE LA CIUDAD DE SUCRE GESTIÓN 2012- 2013**

**Dra. Maria Eugenia Lopez Paravicini**  
Médico Psiquiatra  
Socia Activa del Instituto Médico Sucre

---

**Palabras Clave:** Alteraciones de conducta infantil, adolescente . Abandono

**Key Words:** Behaviour of alteration abandoned children and teenagers.

---

**RESUMEN**

Lamentablemente los niños y adolescentes abandonados no son sólo los que viven en las calles, sino también muchos de los que tienen un hogar y van a las escuelas cuya situación es producto de la insensibilidad y despreocupación egoísta de quienes dicen estar a su cuidado pero que consideran a sus hijos solo como un motivo más de vanagloria y servicio personal, no como seres dignos de un futuro sólido.

La infancia y adolescencia abandonada constituye uno de los problemas sociales más graves y notorios existentes en la actualidad. Hoy en día son cada vez más los niños que crecen en hogares con un solo padre o con una nueva familia, padrastros o madrastras y medios hermanos. La cantidad de niños abandonados hoy en día se encuentra en estado de incremento, debido a la inmadurez e irresponsabilidad de los padres supuestamente responsables.

Es importante también considerar al abandono en todas sus formas como precursor y coadyuvante en la formación de individuos que por sus diferentes trastornos psicológicos se inclinan hacia ciertas desviaciones que a la larga pueden resultar inconvenientes para el desarrollo de la sociedad.

El presente trabajo de investigación mediante la recolección de datos a través de una guía de entrevista psicológica y un análisis profundo de los resultados demuestra la existencia de distintos tipos de trastornos a nivel

conductual y psicológico como repercusión del abandono en todas sus formas a los niños y adolescentes estudiados confirmando la hipótesis inicialmente propuesta.

**SUMMARY**

Unfortunately abandoned children and teenagers are not only the ones who live in the streets, but also the ones that have a home and go to schools, which situation is a result of insensitivity and selfish lack of concern of whom say to be in charge of their care, but think that their children are only a motive of vanity and that they are in the house for their parents' service, not as worthy human beings of a solid future.

Currently, neglected childhood and adolescence is one of the worst and evident social problems. Today, there are more children who grow up only with one parent or with a new family, step parents or step siblings. The number of abandoned children is increasing due to the immaturity and irresponsibility of the supposed responsible parents.

Also, it is important to take into consideration the neglect in all its ways, as a precursor in the formation of individuals, who by their psychological disruptions, they lean to certain deviations that in time can affect negatively for the society development.

This research, through the data basis collected made from a psychological

interview guide and a Deep analysis of the results, shows the existence of different types of disruption to a behavior and psychological levels as a result of the observed children and teenagers neglected, confirming the proposed hypothesis.

**INTRODUCCIÓN.-**

El abandono ocurre cuando las necesidades físicas como: alimentación, higiene y protección no son atendidas por ningún miembro de la familia al cual pertenece, los cuales se supone que deben amarlo, orientarlo en sus posibilidades; ya que todo ser humano necesita ser tocado, mecido en brazos afectivos, escuchado y mimado.

La infancia abandonada constituye uno de los problemas sociales más graves y notorios existentes en la actualidad. Hoy en día son cada vez más los niños que crecen en hogares con un solo padre o con una nueva familia, padrastros o madrastras y medios hermanos. La cantidad de niños abandonados se encuentra en estado de incremento, debido a la inmadurez e irresponsabilidad de los padres supuestamente responsables.

El propósito del presente trabajo es determinar las alteraciones conductuales de niños en edad escolar como consecuencia del abandono infantil en el "Hogar de niños Mallorca" del

municipio de Sucre en el departamento de Chuquisaca gestión 2012.-2013

Muchas investigaciones han sido hechas acerca de las posibles consecuencias a largo plazo del abandono de menores. Los efectos varían dependiendo de las circunstancias de dicho abandono, características personales del niño y el entorno del mismo

Para realizar el trabajo investigación se toma en cuenta a toda la población infantil en edad escolar del Hogar Mallorca de la ciudad de Sucre en la Gestión 2013, con un enfoque de investigación cualitativo , de tipo observacional.

#### ANTECEDENTES.-

La infancia abandonada es un problema social que data de muchos años atrás, años que no se pueden enunciar por no contar con cifras exactas que indiquen con certeza desde cuando se inicia este problema que confronta no solo una ciudad o estado sino el mundo entero, por tanto es un problema que afecta a todos.

Se han realizado varios estudios en esta área, las primeras descripciones que se encuentran en la literatura acerca de las alteraciones de la conducta socioemocional de niños institucionalizados son reseñados por Spitz y Woff en 1946 (cit. En Bulnes y otros 1979) con el cuadro que denominó "hospitalismo y/o depresión analítica". Posteriormente Golfarb en el año 1949 señala que estos menores presentarían una disminución de la reactividad emocional, dificultad para aceptar normas y falta de culpabilidad.

En esa misma época Marcella Kling (1950 cit. en Hurtado y Risopatrón, 1978) observa resultados similares. Señala que los niños institucionalizados no saben mantener relaciones estables, demuestran una alegría pasiva ante la presencia de otro niño, permanecen insolentes e inertes y presentan una tendencia a precipitarse ávidamente sobre objetos acumulados sin utilizarlos. A la edad de ocho años el grupo en estudio reportó dificultades antes no detectadas, se aprecian problemas en el área escolar; los menores presentan

mayores conductas disruptivas dentro de la sala de clases, inquietud para seguir instrucciones y dificultad en la relación con los iguales.

Concluyendo los estudios revisados muestran efectos adversos de la institucionalización. Pareciera que las conclusiones de éstos no son totalmente transferibles a la situación que vive el menor institucionalizado, dadas las diferencias en términos de la mejor calidad material de las menores en los países desarrollados.

Al ver a uno o más niños, vagando o trabajando por las calles o centros comerciales se tiene que estar conscientes que ellos representan a muchas de las familias en crisis. Este criterio es importante, porque diagnostica a un niño como abandonado sin tomar en consideración el abandono familiar por ende emocional, físico y social.

Lo más importante al localizar a un niño en estas condiciones es que se permita abordar su núcleo familiar informándole, responsabilizándole, rehabilitándole, mientras simultáneamente se le presta ayuda desde el punto de vista moral, educativo, sanitario, y fundamentalmente el psicológico para detectar algún trastorno emocional que a largo y corto plazo ocasionarían problemas que estancarían una vida plena individual, familiar, social, etc ; además de prestarle un apoyo integral. Ellos representan el fracaso del gobierno y de la sociedad actual que continua conformándose con inculpar a los menores como los principales protagonistas de los delitos y demás problemas olvidando naturalmente que el principal delito es su abandono y de ello son responsables su núcleo familiar y por tanto la sociedad. Cabe resaltar el trabajo de muchas instituciones entre ellas el "Hogar Mallorca" que es una institución de protección al niño y adolescente, que cumple una labor fundamental en el apoyo a muchos menores en situación de abandono. Pero además de la labor de instituciones como esta, se elaboran programas forjadores que incluyan sobretodo apoyo psicológico directo para ser impartidos en las escuelas y en

los diferentes institutos de atención al menor.

Es muy importante que una vez los niños y adolescentes lleguen a una institución de apoyo como el Hogar Mallorca, practicarles un examen polidimensional, es decir, enfocar además del problema social (abandono moral y material) el estudio completo de sus personalidades es decir ,todo los aspectos relacionados con los aspectos psicológicos del niño.

Cada niño y adolescente debe recibir la educación adecuada a su modo de ser y sus actitudes, dándole la profesión que más le agrade y que se adapte mejor al medio donde vivirá. De este modo se evitarán todas las causas de inadaptación social y el estado puede esperar de cada uno de esos protegidos el máximo de posibilidades.

La infancia abandonada es un problema social que data de muchos años atrás, año que no se puede enunciar por no contar con cifras exactas que indique con certeza desde cuando se inicia este problema que confronta no solo una ciudad o estado sino el mundo entero, por tanto es un problema que afecta a todos.

No obstante, hay dos características comunes a este tipo de instituciones, independientes de país que se trate: el personal a cargo de los menores es rotativo y el promedio de cuidadores de cual recibe atención un niño durante la infancia, es de cuarenta a cincuenta personas (Tizard y Rees, 1975)

Enfoque teórico desde una perspectiva psicológica

Al parecer para la mayoría de los estudiosos el desarrollo de la conducta del niño y adolescente, "normal o anormal", debe valorarse dentro del contexto evolutivo, solo recientemente los psiquiatras y psicólogos clínicos infantiles le prestan una mayor consideración. La teoría y la nomenclatura de la psicología infantil tienen sus bases en la del adulto, son una adaptación de ésta desestimándose los importantes cambios conductuales y de capacidad cognitiva que se producen en función de la edad, la maduración física y el desarrollo psicológico.

Por el contrario se han hecho múltiples intentos de adaptar el modelo psicopatológico del adulto a los trastornos que se presentan en la infancia sin resultados satisfactorios.

Aunque la conceptualización de los problemas del adulto puede dar información acerca de los trastornos del niño y adolescente, y viceversa, las investigaciones y la práctica dentro del área infantil deben considerar una serie de factores extraños que modifican la definición del problema, su curso y curación, así como el tipo de tratamiento a realizar.

Entre esos factores debemos considerar la edad cronológica del niño, su nivel cognitivo y social, el entorno familiar y una gran variedad de variables sociales y culturales. No tiene ningún sentido considerar la conducta infantil aislada de las influencias ambientales y del estadio de desarrollo.

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-**

Es lamentable ver como muchos niños, adolescentes, jóvenes o adultos están por las calles, con una clara inadaptación social, y al profundizar estudios acerca de ellos en su vida pasada o actual se observa un problema en común como es el "abandono" en cualquiera de sus formas.

De todo lo anterior surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores que determinan la conducta emocional en los niños y adolescentes abandonados?

#### **JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS.**

Hoy en día existe por parte de la sociedad una desinformación y un descuido con relación al abandono que sufren muchos niños en todas partes del mundo sin darse cuenta que son parte importante de la sociedad futura.

El presente trabajo permitirá a la sociedad darse cuenta de la realidad y adquirir mayores conocimientos acerca del tema, planteando la posibilidad y necesidad de la concientización del abandono que permita su control o disminución, para

eleva la calidad de vida y estabilidad emocional para el mejoramiento de la sociedad y seguridad de la niñez de hoy. Aunque el abandono que se sufre hoy en día contra la niñez y adolescencia es prevenible, es imposible impedir que se siga abandonando a niños en todo el mundo y más cuando a estos se les queda consecuencias psicológicas que en muchos casos marcarán su vida ,en primer lugar porque el error es la irresponsabilidad para tener un familia o la inmadurez que algunas personas tienen para ser padres o la violencia a la que muchos de los niños son sometidos por su propia familia , falta de empleos y la baja economía que la mayoría de las familias presentan , además, que obedece a muchas causas más, por tanto su prevención, se ve como algo que no se puede evitar pero si como sociedad se puede brindar ayuda creando lugares para luchar contra la pobreza y la marginalidad y promover el acceso a la educación ,a la salud a la alimentación y salvaguardar el derecho a la supervivencia, desarrollo y protección y participación de los niños en la sociedad.

Trabajar con la infancia marginada a través de proyectos auto-sostenibles de desarrollo integral para mejorar su calidad de vida

#### **OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN.- GENERAL.-**

Determinar las alteraciones conductuales de niños en edad escolar como consecuencia del abandono infantil en el "Hogar de niños Mallorca" del municipio de Sucre en el departamento de Chuquisaca gestión 2012.

#### **ESPECÍFICOS.-**

- Describir la existencia de los distintos tipos de alteraciones conductuales de niños y adolescentes que son acogidos en el Hogar Mallorca.
- Identificar los factores, que desde la perspectiva del niño contribuyen a explicar sus diferentes cambios conductuales.
- Determinar las causas más frecuentes de abandono en niños y adolescentes.
- Determinar los tipos de abandono

existentes en el Hogar Mallorca.

#### **- MARCO CONTEXTUAL.-**

- La situación de 4.844.572 de niñas y niños en nuestro país, representada por el 46 por ciento de la población total, es preocupante por las condiciones de pobreza que viven en sus hogares, especialmente en el área rural, que tienen como efecto la mortalidad infantil, desnutrición, abandono escolar ,la inserción prematura al trabajo y el embarazo de adolescentes. Además de la peligrosidad que hay en las calles y el abandono de sus padres a causa de la migración.
- El informe presentado por el Defensor del Pueblo, Rolando Villena, en abril del 2011 da las siguientes cifras:
  - 2 millones de niños, niñas y adolescentes se encuentran en situación de pobreza.
  - De cada 100 niños que ingresan a la escuela, 30 no terminan la primara.
  - 7 de cada 10 niños reciben maltrato en sus hogares, colegios y lugares de trabajo.
  - 6 mil niños, niñas y adolescentes están viviendo en las calles.
  - 1.487 niñas, niños y adolescentes viven en las cárceles bolivianas con sus padres (los padres cumplen sentencias penales).
  - 130 niñas y niños viven con VIH/ SIDA en el país.
  - 2.603 niños y niñas y adolescentes son damnificados del mega deslizamiento en la ciudad de La Paz.
  - 366 mil niñas y niños abandonados viven o trabajan en la calle.
  - 313 mil niños se dedican al cultivo de la castaña en Riberalta, y a trabajos en la zafra y minas de Potosí.
  - De 16 mil niñas y niños que viven en hogares, sólo el 80 por ciento tienen familia.
  - 1 millón de niñas, niños y adolescentes fueron víctimas de castigo alguna vez (físico y psicológico)
  - 5 de cada 10 estudiantes son víctimas de actos de acoso escolar.
  - En la ciudad de sucre el abandono es lamentable.

- El presente trabajo se realizará en el Hogar Mallorca en la ciudad de Sucre del departamento de Chuquisaca, perteneciente a la Fundación Amazonía
- La Fundación Amazonía es una entidad sin ánimo de lucro que desarrolla proyectos de cooperación dirigidos a la infancia marginada y su entorno en América Latina.
- El reto es crear proyectos auto-sensibles con el soporte de socios y administraciones locales, que tengan continuidad en el tiempo para que beneficien a las comunidades marginadas de manera permanente.
- Sus objetivos prioritarios son, el proporcionar a los niños en situación de riesgo social (niños de la calle) hogares de acogida, alimentación, educación, escolarización, servicios de salud, educación en valores, etc. que permitan mejorar su calidad de vida y su incorporación en el futuro al mundo laboral.
- La Fundación Amazonía centra sus esfuerzos en la cooperación internacional a favor de la infancia amenazada, especialmente en Bolivia. En el Hogar Mallorca, fundado el 2007 en Sucre (Bolivia), proporcionan alojamiento, manutención, escolarización y apoyo psicológico a 80 niños de la calle.
- La asociación "Niños de la Amazonía" fue fundada en Palma de Mallorca el año 1994 por la Dra. Joana María Román, actual Presidente de la Fundación Amazonía.
- Posteriormente y gracias al empeño de su presidente se tomó la decisión de transformar la Asociación en Fundación constituyéndose como Fundación Amazonía en febrero de 2004.

**METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

- **Enfoque y tipo de investigación**
- El enfoque de la presente investigación es **cuantitativo**; porque el estudio se realizará en base a entrevistas personales a los niños y adolescentes del Hogar. Intentando recolectar información concerniente

con las alteraciones conductuales en niños y adolescentes y la incidencia numérica que existe en relación al abandono.

- El presente trabajo es de tipo **observacional**; porque no se interviene en el desarrollo, presencia o ausencia de las variables, es decir, solo se limitó a recolectar la información tal cual se presenta.

**Nivel de análisis**

- El nivel de análisis es **descriptivo** porque solo se basa en describir los hechos resultantes de la investigación, sin llegar a manipular o intervenir en las conclusiones.

**Direccionalidad**

- La direccionalidad en el presente trabajo es de tipo **transversal** porque se realizará en un periodo de tiempo y espacio específico.

**Criterios de inclusión y exclusión**

- Criterios de inclusión
- Se incluirá a todos los niños y adolescentes del Hogar Mallorca, ya que ellos constituyen la fuente de información del presente trabajo

Criterios de exclusión

- No existen criterios de exclusión ya que la población a tomar en cuenta son la totalidad de los niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado del Hogar Mallorca.

**Población**

- El estudio se realizará en el Hogar Mallorca de la ciudad de Sucre tomando como muestra la totalidad de los niños y adolescentes del Hogar Mallorca que son en número de 60 personas entre niños y adolescentes.

**Muestra**

- De acuerdo a las características de la población y muestra es de **tipo finita** y se obtuvo como tamaño **muestra** una cantidad de 30 personas (niños y adolescentes)

**Tipo de muestreo**

- La muestra se obtendrá mediante un tipo de muestreo aleatorio simple debido a que el universo es reducido (60 personas) y cada niño y adolescente tienen una probabilidad

equitativa de ser incluido dentro del marco muestral.

**Unidad de análisis**

- El presente trabajo tiene como unidad de análisis a los niños y adolescentes del Hogar Mallorca de la ciudad de Sucre

**Recolección, procesamiento y análisis de información**

- La información requerida se recolectará a través de una encuesta de carácter psicológico con el cual se pretende descifrar las distintas alteraciones conductuales.

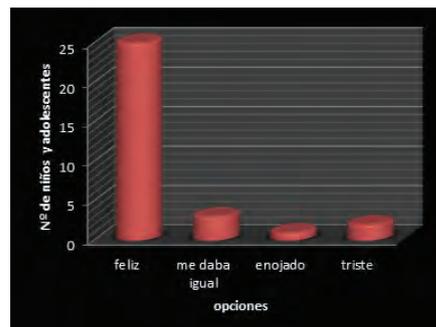
**RESULTADO DE LA INVESTIGACION**

**Resultado del componente cuantitativo**

Grafico N° 1

**• DEPRESION**

Estado emotivo del niño o adolescente cuando vivía en su casa

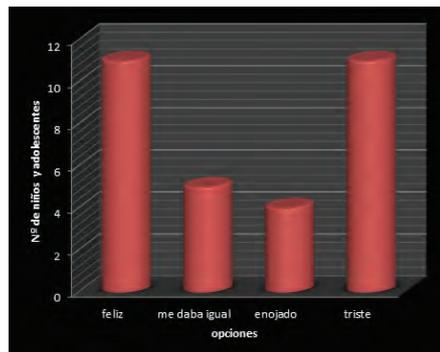


Opciones	Nº de niños y adolescentes
Feliz	25
Me daba igual	3
Enojado	1
Triste	2

Fuente.- Guía de entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La mayoría de los niños entrevistados manifestó que antes de vivir en el hogar se sentían felices al estar con su familia en sus casas.

**Grafico N° 2**  
**Estado emotivo del niño o adolescente que vive en el Hogar**

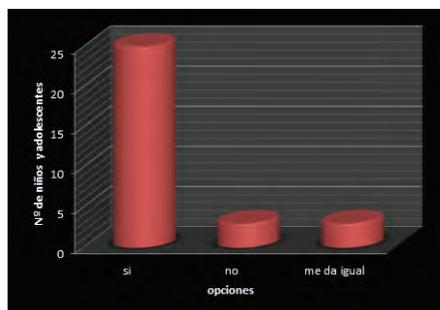


Opciones	Nº de niños y adolescentes
Feliz	11
Me daba igual	5
Enojado	4
Triste	11

Fuente.- Guía de entrevista 2012-2013

**Observación.-** Existe una igualdad entre el número de niños que se siente feliz al vivir en el hogar, y el número de niños que se siente triste ante la misma situación.

**Grafico N° 3**  
**Nivel de atracción del niño o adolescente por el juego**

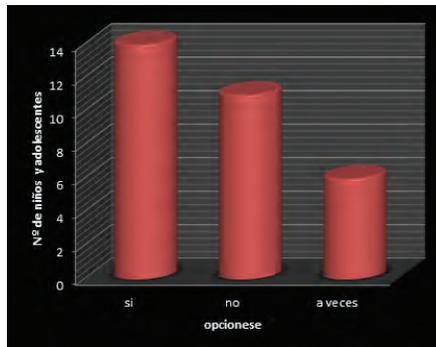


Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	25
No	3
Me da igual	3

Fuente.- Guía de entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** A una gran mayoría de los niños entrevistados le gusta jugar y les brinda satisfacción pues lo disfrutaban.

**Gráfico N°4**  
**Problemas para conciliar el sueño**

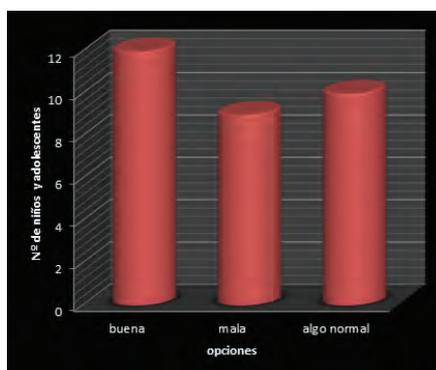


Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	14
No	11
A veces	6

Fuente.- Guía de entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** Se observa que la mayoría de los niños entrevistados presenta alteraciones en sus horas de sueño normal.

**Gráfico N°5**  
**Opinión sobre la muerte**



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Buena	12
Mala	9
Algo normal	10

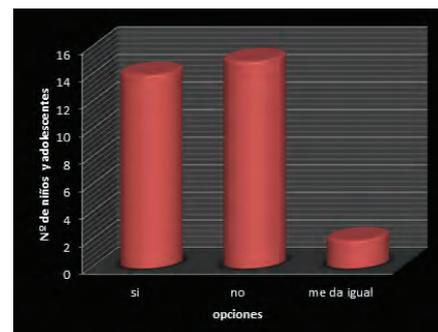
Fuente.- Guía de entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La mayoría de los niños refiere a la muerte como buena.

**Gráfico N°6**

• **AUTOESTIMA**

**Nivel de relación del niño o adolescente con otras personas**



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	14
No	15
Me da igual	2

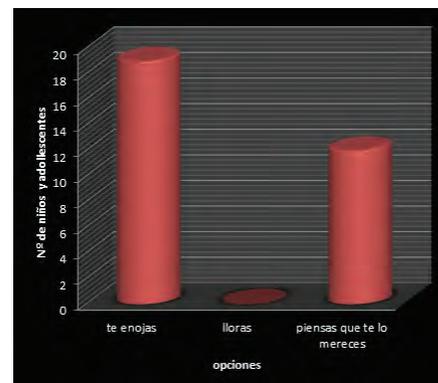
Fuente.- Guía de entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** A la mayoría de los niños les gusta estar acompañados, mas cabe mencionar que es mínima la diferencia con otro porcentaje de los mismos a los cuales les agrada más estar solos.

**Gráfico N° 7**

• **AGRESION**

**Respuesta ante una llamada de atención**



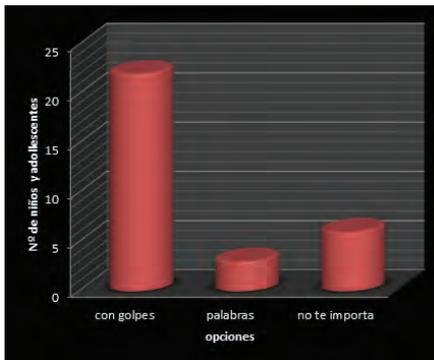
Opciones	Nº de niños y adolescentes
Te enojas	19
Lloras	0
Piensas que te lo mereces	12

Fuente.- Guía de entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La cantidad de niños cuya reacción es el enojo ante una llamada de atención por parte de un adulto es mucho mayor frente a los demás que reaccionan con llanto o que piensan que se lo merecen.

**GRAFICO Nº 8**

**Respuesta ante una agresión o golpe de un compañero**



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Con golpes	22
Palabras	3
No me importa	6

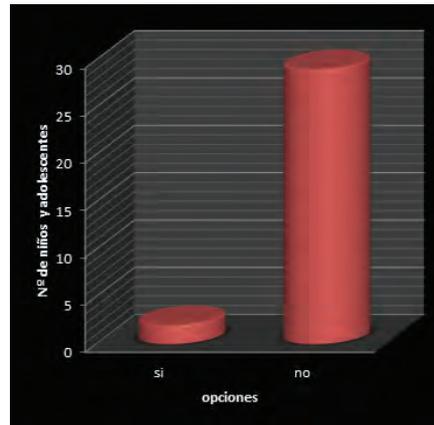
Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** Muchos de los niños tienen actitudes agresivas pues ante un acto violento estos reaccionan con más violencia.

**Gráfico Nº 9**

• **APRENDIZAJE**  
**Dislexia**

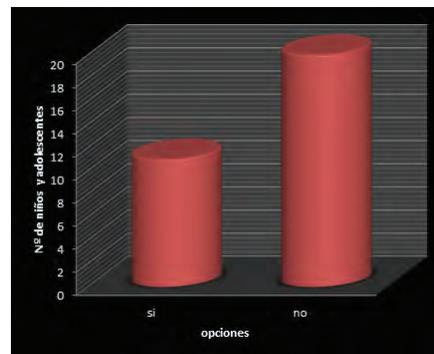
**Niños y adolescentes que realizaron la lectura de por lo menos un libro**



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	2
No	29

**Gráfico Nº 10**

**Nivel de comprensión del libro**



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	11
No	20

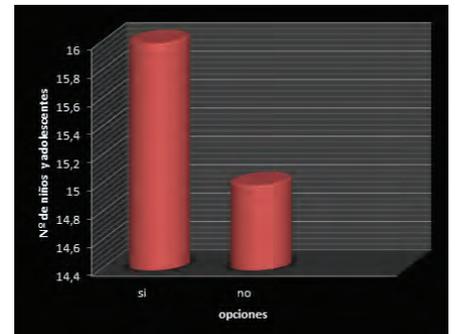
Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La mayoría de los niños presenta dislexia.

**Gráfico Nº 11**

• **DISGRAFIA**

**Existencia o no de disgrafía**



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	16
No	15

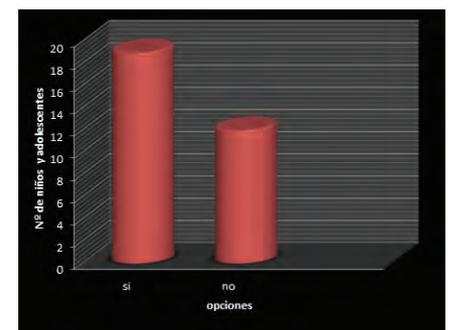
Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La mayoría de los niños presenta digrafía.

**Gráfico Nº 12**

• **DISORTOGRAFIA**

**Existencia o no de disortografía**



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	19
No	12

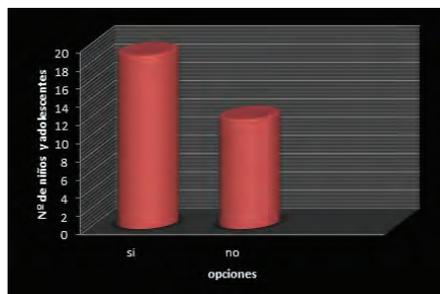
Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La mayoría de los niños presenta disortografía

GraficoNº 13

• **DISCALCULIA**

Existencia o no de discalculia



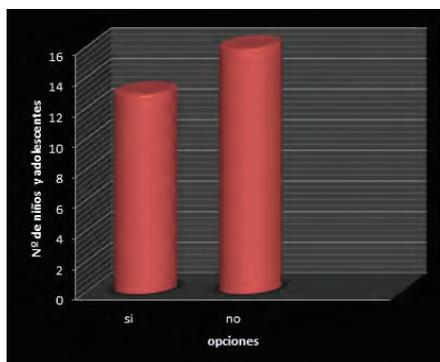
Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	19
No	12

Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La mayoría de los niños presenta discalculia

GraficoNº 14

Niños y adolescentes que repitieron un año escolar



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	13
No	18

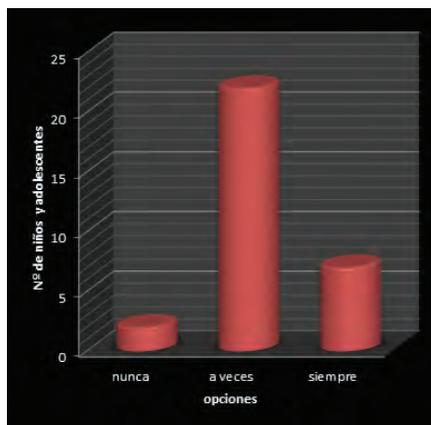
Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** La mayor cantidad de niños entrevistados no repitió ningún curso del colegio o escuela

Grafico N° 15

• **HIPERACTIVIDAD**

Frecuencia con que los profesores o autoridades llaman la atención a los niños y adolescentes



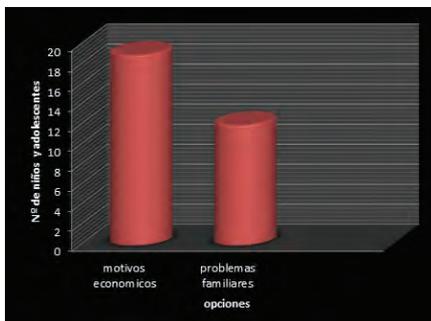
Opciones	Nº de niños y adolescentes
Nunca	2
A veces	22
Siempre	7

Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** A la mayoría de los niños le llaman la atención no con mucha frecuencia

Gráfico N° 16

Motivos más frecuentes de abandono



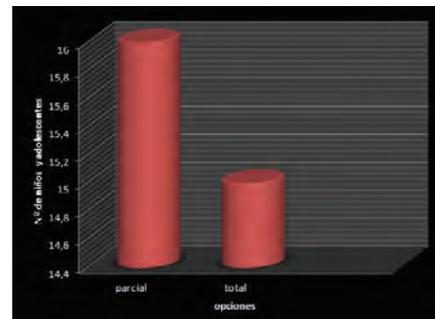
Opciones	Nº de niños y adolescentes
Si	19
No	12

Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** El principal motivo de abandono es el factor económico

Gráfico N° 17

Tipos de abandono existentes en el Hogar Mallorca



Opciones	Nº de niños y adolescentes
Parcial	16
Total	12

Fuente.- Guía de Entrevista 2012-2013

**Interpretación.-** Se puede notar que en el Hogar existe tanto abandono total como parcial predominando este último

**4.2. Resultado del componente cualitativo**

Se encontraron como trastornos más frecuentes hiperactividad, dislexia, discalculia, baja autoestima, agresividad, disgrafia

**CONCLUSION**

Gracias a las entrevistas realizadas en base a una guía de cuestionario y a la observación durante la práctica con los niños del Hogar Mallorca se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Una vez más se demuestra la necesidad que tienen los niños y adolescentes de tener una familia que conviva con ellos, la mayoría del tiempo; ya que por muy cálido y acogedor que sea el Hogar muchos de estos niños no se sienten totalmente cómodos y mucho menos felices pasando la mayor parte de sus vidas sin la compañía de sus padres y hermanos.
- Dicha necesidad se manifiesta con ciertos tipos de alteraciones

- tanto psíquicas como somáticas de variable intensidad y características siendo muchas de estas totalmente perjudiciales para el normal desarrollo y crecimiento de los niños y adolescentes.
- Las alteraciones psicológicas como consecuencia del abandono más frecuentes y que la mayoría de los niños del hogar presenta son:
  - depresión en grado variable puesto que los niños y adolescentes entrevistados manifiestan con gran claridad que extrañan y no se sienten del todo satisfechos y más aun felices al estar alejados de sus familias, esta depresión también se nota al considerar la opinión de los entrevistados con respecto a la muerte pues muchos de ellos consideran a esta como buena, como un estado en el cual ya no se siente ninguna necesidad ni sentimiento malo o que les cause daño o sufrimiento alguno, muchos de ellos manifiestan que sería mejor estar muerto lo cual nos lleva a notar una conducta depresiva de tipo suicida (aunque en muy leve grado).
  - Alteración en el curso normal del sueño pues la gran mayoría de los entrevistados presentan problemas ya sea para conciliar el sueño, sueño interrumpido ante un leve estímulo, pocas horas de sueño sonambulismo y pesadillas.
  - Baja autoestima pues un gran número de niños y adolescentes del hogar nos les gusta estar en compañía de otras personas pues tienen miedo al rechazo y desconfianza a personas desconocidas,
  - Agresión pues el mayor porcentaje de entrevistados manifiesta conductas agresivas para con sus compañeros y demás personas, es decir que ante la más mínima agresión tanto verbal o física los entrevistados brindan una respuesta violenta de variable intensidad.
  - Alteraciones del aprendizaje la mayoría de los entrevistados presenta algún tipo de alteración en su aprendizaje puesto que presentan dislexia, disotografía, disgrafía, discalculia en grados variables, también esta alteración se hace notar gracias al alto porcentaje de niños que repitieron algún año escolar.
  - Hiperactividad otra alteración conductual frecuente y típica de los niños cuyos padres no les brindan suficiente atención; es frecuente su existencia en el Hogar puesto que ninguno de los niños convive con sus padres.
  - El factor económico es el motivo que predomina al momento de hablar de abandono.
  - El abandono parcial es el que tiene más presencia en el Hogar pues la mayoría de los entrevistados refiere que después de quedarse de lunes a viernes en el Hogar.
- RECOMENDACIONES**
- Aumento de personal para el cuidado físico y psíquico de los niños y adolescentes internados
  - Capacitación del personal para el manejo de los niños y adolescentes internados
  - Elaboración de planes académicos, lúdicos y deportivos para poder paliar en algo la falta del cariño parental, garantizando la buena estancia y de los niños y adolescentes internados
  - Formación y capacitación de líderes dentro del Hogar Mallorca
- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**
- Susana Isabel Abandono y maltrato infantil 13, octubre, 2009. Disponible en: <http://abandono-infantil.blogspot.com>
  - A. Member often university of Maryland Medical System School Maltrato psicológico y abandono infantil. 201. Disponible en: [www.umm.edu/esp\\_ency/article/007225.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/007225.htm)
  - Benito Domínguez. Calidad en la atención médica y psicológica a adolescentes marginados. Redalyc. Revista venezolana de psiquiatría, Vol. 31, Núm. 3. Junio-Septiembre 2005, pp. 239-244. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/Inicio/ArtPdfRedjsp?!Cve=21431310>
  - Raúl Peña Viveros, José Raymundo Rodríguez Moctezuma, Juan Manuel López Carmona. Factores asociados con desordenes afectivos México, mayo-junio 2004, año/vól. 46, Núm. 003, pp. 210-215. Disponible en: <http://www.redalyc.com> y en <http://www.insp.mx/salud/index/html>
  - Jorge Meguez, Ángela Normada. El abandono infantil: una preocupación de todos. Redalyc. psicour. Vól. 8, Núm. 1, Febrero 2010, pp 1-2. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/Inicio/ArtPdfRedjsp?!Cve=180014317011>
  - Dr. Zacarías Crespo Villegas psicología del niño en edad escolar. Disponible en: [http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/instituto\\_sucre/edicion1/villegas.htm](http://www.indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/instituto_sucre/edicion1/villegas.htm)
  - Luis Felipe Ginocchio Reyes. Trastornos afectivos en niños menores de 6 años. Monografías.com. Lima-Perú, Enero 2008. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos55>
  - Editorial la patria Ltda. Abandono infantil en Bolivia / 27, agosto, 2010. Disponible en: [www.Lapatrienlinea.com](http://www.Lapatrienlinea.com)
  - Patricya Doris Molesco Guillen Artículo niñez boliviana padece pobreza y violencia. 4, junio, 2011. Disponible en: [www.Bolpress.com/art.php](http://www.Bolpress.com/art.php)
  - Boletín nacional de la defensoría de la niñez mayo, 2011. Disponible en: [www.aldeasinfantiles.org.bo](http://www.aldeasinfantiles.org.bo)

# In memoriam

## LA OBRA DE UN GRAN MAESTRO PROFESOR JAIME RÍOS DALENZ

### Dr. Germán Palenque Rocabado

Médico Patólogo. Jefe del Servicio de Patología I.G.B.J. Sucre.

Docente Titular Patología General, Facultad de Odontología U.M.R.P.S.F.X.CH.

Figura No 1.  
Dr. Jaime Ríos Dalenz



Cuando se vienen a mi mente recuerdos de la vida universitaria que tuve, aparecen en ellos la imagen de profesores que supieron trascender en la memoria de muchos alumnos, ya que nos dieron enseñanzas que siempre acompañaran nuestro caminar profesional; uno de esos maestros fue el Dr. Jaime Ríos Dalenz, docente enérgico y rígido, que matizaba esa personalidad con su ocurrente humor. Siempre me impresiono el respeto que todos los demás docentes le tenían, ya que muchos de ellos fueron alumnos de el. Mi admiración a este gran maestro me llevo a optar por hacer la especialidad de Patología. Recuerdo que ya en la residencia todos los miércoles a las seis en punto de la tarde nos reuníamos con el profesor Ríos Dalenz en el cuarto piso de la Facultad de Medicina, quien trababa de implantar

en nuestra formación la parte académica, con la lectura y el análisis de artículos científicos, la revisión de seminarios de laminillas; percibía que el Dr. Ríos Dalenz tenía la necesidad de compartir sus conocimientos y experiencias, pero además seguir aprendiendo con nosotros algo mas de la Patología, dándonos como principal enseñanza que el conocimiento no es el fin, sino el camino.

En las siguientes líneas es mi intención dar una síntesis de parte de la extensa obra del Dr. Jaime Ríos Dalenz, que extracto de datos proporcionados por su familia, su libro sobre la Historia de la Patología en Bolivia, algunos artículos publicados, y experiencias relatadas a sus alumnos.

El Dr. Jaime Ríos Dalenz nació en la ciudad de Cochabamba, ciudad donde también estudio la carrera de Medicina

en la Universidad Mayor de San Simón. Pero los lectores se preguntaran ¿como comenzó su romance con la patología?, al respecto Ríos Dalenz comenta "Cuando estudiaba en la Facultad de Medicina en la Universidad de San Simón, era ayudante de la materia de histología y anatomía patológica, gracias a ello adquirí una beca para ser patólogo cuando en realidad yo quería ser internista, pero muy agradecido acepté este nuevo reto" (1), y efectivamente siendo alumno del profesor Antonio Fernández Lafaye, mas tarde le colaboro como ayudante en

la cátedra de Anatomía Patológica, por lo que el profesor Fernández motivo a que muchos de los alumnos inclinados a la cátedra, entre ellos el joven Ríos Dalenz a estudiar la especialidad de Patología en el extranjero (única opción para especializarse en esos años), en la Universidad del Valle en Cali, Colombia (en esos tiempos esta casa de estudios superiores era una de las más prestigiosas de Latino América), completando su formación en el Hospital de la Universidad Temple en Filadelfia, E.U.A, obteniendo posteriormente

el diploma del Consejo Americano de Patología ("American Board of Pathology") en "Pathological Anatomy and Clinical Pathology (siendo uno de los primeros médicos bolivianos después del Dr. Nicanor Machicao que obtiene un "Board" en E.U.A). Posteriormente recibió enseñanza de post-gradó en el Hospital para Enfermedades Nerviosas de la Universidad de Londres, Inglaterra donde fue diplomado por el British Council en Neuropatología. (fig2) (2)

**Figura No 2.**  
**Instituto de Neurología "National Hospital" en Queen Square, Inglaterra, 1969**  
**(Dr. Ríos Dalenz Tercera persona de la fila parada de la izquierda)**



1969 Marca un año de gran trascendencia en su vida, ya que en un retorno vacacional a nuestro país, es convencido de aceptar un puesto de catedrático de Anatomía Patológica en la Universidad Mayor de San Andrés, rechazando un trabajo en el extranjero con una mayor remuneración, esto a insistencia del legendario "Nikita Machicao" (Profesor Nicanor Machicao) quien intuyo desde un principio que un patólogo como el Dr. Ríos Dalenz era un gran recurso que nuestro país no podía perder. En las

siguientes líneas extracto el testimonio de uno de los colegas (Dr. Raul Urquiza Rojas) que asistió a la llegada y presentación del flamante nuevo docente de Anatomía Patológica a la Facultad de Medicina aquel 69; "La llegada del mentado "Board" fue espectacular porque todos los docentes y estudiantes asistimos a su primera entrevista y clase, mostrándonos que realmente era el verdadero Patólogo que nuestra Facultad necesitaba. Sus enseñanzas todavía resuenan en nuestros oídos,

porque junto a su carácter bonachón la enseñanza brotaba por sus poros. Era una hormiga laboriosa porque sin ningún egoísmo mostró su sapiencia"(2). Posteriormente se desempeñó como jefe de departamento y profesor emérito de la cátedra ejerciendo infatigablemente la docencia hasta noviembre del 2008, año que se retira después de casi 40 años de servicio académico a la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés.

Su labor asistencial como médico patólogo lo desarrolló en el hospital Obrero N° 1 C.N.S. ocupando en varias ocasiones la jefatura de servicio, promoviendo la realización de casos clínicos patológicos que tenían como fin desentrañar dudas de clínicos y cirujanos además de servir como una fuente de conocimientos para estudiantes de medicina, internos y residentes. La parte privada la realizó en la Clínica Americana (hoy hospital Metodista), donde impulsó la creación de un Sistema de Residencia Médica en Bolivia como se comentará más adelante. (3)

La necesidad de tener una sociedad médica que sea la representante oficial de la especialidad de patología, motivo a que junto con otros patólogos se funde un 10 de septiembre de 1968 la Sociedad Boliviana de Patología, siendo el Dr. Ríos Dalenz vicepresidente en una primera instancia y en 1977 en la III

Reunión Nacional fue elegido presidente de dicha sociedad. (3)

En noviembre del 1977 se realiza en Quito Ecuador el XI Congreso Latinoamericano de Patología, donde el Dr. Jaime Ríos Dalenz es elegido Vicepresidente de la Sociedad Latinoamericana de Patología, es en dicho congreso donde también se decide que la ciudad de La Paz será sede del XIII Congreso Latinoamericano de Patología, reunión que se llevó a cabo conjuntamente con la VII Reunión Nacional de Patología los días 25 y 30 de Octubre de 1981 (fig4 y 5), estos dos eventos fueron presididos por el Dr. Jaime Ríos Dalenz que había asumido la presidencia de la Sociedad Latinoamericana de Patología dos años antes, en el congreso realizado en Santo Domingo (1979). (fig3)

En 1986, once patólogos bolivianos a la cabeza del Dr. Ríos Dalenz, promueven la creación de la División Boliviana de

la Academia Internacional de Patología (academia de la cual el ya era miembro desde los años setentas), para lo cual se envió una solicitud el 31 de agosto de 1986, siendo considerada y aceptada en el Congreso Internacional de Patología en la ciudad de Viena el 22 de septiembre de dicho año. Cabe mencionar que el Dr. Ríos Dalenz además de haber sido fundador de la División Boliviana de la Academia de Patología asumió la presidencia por varias gestiones. (3)

Además de las nombradas presidencias es meritorio recordar que fue presidente de la Sociedad Boliviana de Cancerología, presidente de la Academia Boliviana de Historia de la Medicina, miembro fundador y presidente de la Comisión Nacional de Lucha Antitabáquica y Vicepresidente del Comité Latinoamericano del Control del Tabaquismo.

**Figura No 3.**

**Posesión del Dr. Jaime Ríos Dalenz como presidente de la Sociedad Latinoamericana de Patología en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana (1979).**



Figura No 4 y 5.  
Fotografías del XIII Congreso Latinoamericano de Patología, y VII Reunión Nacional de Patología, presididos por el Presidente de la sociedad latinoamericana de Patología Dr. Jaime Ríos Dalenz. La Paz, 30 de Octubre de 1981.



Como se menciona al principio de este escrito, la única opción para realizar la especialidad en medicina, era especializarse el extranjero, por lo que existía carencia de especialistas, ya que los pocos que se iban a fuera, pocas veces retornaban al país, por lo que el Dr. Ríos Dalenz, junto a otros colegas: Dr. Carlos Castaños y Dr. Alfredo Romero Dávalos, impulsaron en los años setenta, la creación de la residencia medica en algunas especialidades esenciales en el país como: cirugía general, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología y cardiología; mas tarde inicio la creación de la Residencia Medica en Patología, la cual tuvo como centros formadores los servicios de patología de dos centros hospitalarios: Hospital Obrero a cargo del Dr. Ríos Dalenz y Hospital de Clínicas a cargo de Dr. David Mollinedo, los egresados de estos programas dieron un gran impulso a la especialidad y a la continuación de formación de nuevos residentes, entre ellos: el Dr. Wilge Panozo, Dra. Martha Calderón, Dra. Ruth Fernández entre otros.

Siempre mostro una preocupación ante la escases de datos y la perdida de información de patologías en nuestro medio, por lo que en 1977 crea el Registro del Cáncer trabajo de estadística en la incidencia de los casos de cáncer, porque como se menciona en el país no se tenia ningún interés en este campo y su registro era poco convincente. Años más tarde tiene ayuda económica y técnica de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer y se realizan publicaciones sobre los trabajos en este campo que sirven de información valiosa para nuestro país(2, 5).

Es trascendental destacar su producción intelectual, siendo uno de los médicos con mayor número de publicaciones en revistas y libros que testimonian su labor (1). Es autor y colaborador de aproximadamente 170 artículos publicados en revistas medico científicas nacionales y principalmente del extranjero, cabe mencionar que una de sus publicaciones sirvió de referencia bibliográfica para un capitulo de un libro

que constituye una referencia obligatoria para patólogos a nivel mundial, ese libro es el famoso "Tratado de Patología Quirúrgica de Ackerman". (6) "Cuando uno escribe sobre problemas médicos se cita la literatura internacional con toda facilidad porque está disponible en diferentes medios, pero la literatura boliviana no se la conoce y hay mucho contenido excelente", (1) es así como opinaba el Dr. Ríos en una entrevista realizada a su persona el 2011 sobre las publicaciones medicas en nuestro medio, es por eso que como Coordinador Nacional de la Red Boliviana de Información en Ciencias de la Salud,ese espíritu inquieto hizo que la recolección de datos sirva hasta el presente como marco referencial para todas las actividades médico-científicas, en un país donde la estadística es tan escasa. Sólo por este hecho el Dr. Ríos Dalenz entra a la Historia de la Medicina en Bolivia. (2)

Fue editor del texto "Curso de Patología" con docentes de otras Facultades de Medicina de la Universidad Boliviana entre los que destacan: Dr. Mario Padilla, Dr. Pastor Sangueza, Dr. Wilge Panozo, Dr. Luis Wayllace, Dr. Luis Quiroga, entre otros; dando un gran aporte a la enseñanza de pregrado ya que enfatiza las enfermedades propias del país, y es un gran intento de tratar de uniformar la enseñanza de la patología en nuestras universidades (8). Además es editor de otras publicaciones destacándose el libro de "Biopatología de la Gran Altura en los Andes Bolivianos" donde se encuentra información de sus trabajos con investigadores británicos (8). Su apasionamiento por la Historia de la Medicina lo llevo a realizar muchos aportes biográficos a desatados patólogos como el Dr. Santos Arévalo, Germán Orosco, Donato Aguilar Chinchilla, Franz Wenger (uno de los pioneros de la patología en Sucre y de quien obtuvo

Figura No 6



**XXII CONGRESO BOLIVIANO DE PATOLOGÍA**  
**II CONGRESO BOLIVIANO DE CITOLOGÍA**  
 XVII Reunión de la División Boliviana de la Academia Internacional de Patología  
 17 - 19 de Septiembre de 2003 Sucre - Bolivia

**Figura No 7.**

**Foto que muestra al centro los profesores: Dr. Jaime Ríos Dalenz y Dr. Wilge Panozo Meneses, y a los extremos los doctores: Germán Palenque Rocabado y Carol Chávez Carrillo (residentes de primer año de la Especialidad de Anatomía Patología del Hospital de Clínicas. Agosto 2008**



**Figura No 8**

**Foto de la participación del Dr. Ríos Dalenz en el XXIX Congreso Nacional de Patología, XXIV Reunión de la Div. Boliviana de la Academia Internacional de Patología, VII Congreso Nacional de Citología. en agosto del 2013 en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.**



información por contacto cartográfico) y en el año 2012 publica el texto titulado "Historia de la Patología en Bolivia los albores de la especialidad", siendo una síntesis de sus trabajos como historiador de la patología. (3)

Su dedicación por el estudio del cáncer de vesícula hizo que la Universidad de Pensilvania ponga su atención para realizar un pionero estudio de investigación que sirvió para despertar el interés de diferentes grupos de trabajo. Lo más importante de esta labor son los resultados de la investigación en diferentes publicaciones médicas que representa un hito mundial en esta clase de neoplasia maligna. Actualmente no se puede concebir ningún trabajo de cáncer de vesícula biliar sin tomar en cuenta los trabajos realizados por este investigador (2, 10).

El año 2009 realiza una donación de material bibliográfico al servicio de Patología del Hospital de Clínicas, hospital al que siempre tuvo un especial afecto incondicional, razón por la cual el nunca pidió ningún reconocimiento por dicha donación; los residentes que nos formamos en ese hospital le estamos muy agradecidos por su constante apoyo.

Fue invitado a diferentes congresos en el exterior para dictar conferencias desde Liverpool, Ginebra, Panamá, Buenos Aires, etc. pues a nivel internacional es uno de los pocos bolivianos conocidos como investigador (2).

Recibió el premio al Mérito Profesional condecorado por el Colegio Médico de Bolivia; acreedor del premio Mérito de Investigación Científica en la Universidad Mayor de San Andrés; merecedor de la Medalla Conmemorativa y el certificado de la Organización Mundial de la Salud por su trabajo admirable sobre el daño que provoca el tabaco en el medio ambiente y en el ser humano (2, 11).

En últimos años el Dr. Ríos Dalenz no dejó la actividad académica, siendo editor de la revista "Salud Boliviana" del

Colegio Médico de Bolivia y "Archivos Bolivianos de Historia de la Medicina". Además el año 2013 muchos patólogos pudimos asistir a l XXIX Congreso Nacional de Patología, XXIV Reunión de la Div. Boliviana de la Academia Internacional de Patología, VII Congreso Nacional de Citología, eventos que se realizaron los días 28, 29 y 30 de agosto del 2013 en la ciudad de Santa Cruz, donde el doctor Ríos Dalenz expuso con su singular amenidad y humor propio de el, la Historia de la División Boliviana de la Academia Internacional de Patología, deleitándonos con documentos fotográficos que muestran el desarrollo de nuestra especialidad en el país (posiblemente esta fue su ultima intervención como expositor en un congreso científico) (fig8).

En octubre del año pasado, mientras me encontraba desarrollando una clase, alguien interrumpió mi disertación para comunicarme la penosa noticia del fallecimiento del profesor, me vino un sentimiento de tristeza al enterarme del

ocaso de la vida de alguien que dio tanto de si por la investigación, la academia y la ciencia, en un medio tan difícil y poco grato como es nuestro país y por lo cual le estaremos agradecidos, ya que nos mostro que mas allá de las retribuciones esta cuanto podemos dar por la vida; es por eso que dedicamos estas paginas a su memoria, como un pequeño homenaje por la admiración y el respeto que le tuvimos cientos de alumnos y cientos de colegas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Literatura boliviana en ciencias de la salud (entrevista Dr. RiosDalenz). Rev ogle"ando".2011; Nro. 2:P. 39<http://es.scribd.com/doc/71569633/Revista-Bolivia-Googleando-2>
2. URQUIZO ROJAS R. Mis Maestros: Dr. Jaime Ríos Dalenz. Gaceta Médica del Colegio Médico de La Paz, Marzo 1997
3. RIOSDALENZ. Historia de la Patología en Bolivia, los Albores de la Especialidad. La Paz: 2012
4. RÍOS DALENZ J. Historia de la Residencia Médica en Bolivia. Arch Bol Historia de la Medicina. 1995; 1 (2): 185189
5. RÍOS DALENZ L. El Cáncer en La Paz. Aspectos Epidemiológicos y de Patología Geográfica. La Paz: Elite Imp.2008.
6. SILBLEY R, ROSAI J.VIAS urinarias. En\*:Ackerman. Patología Quirúrgica. 6ta Edición.Buenos Aires:Editorial Panamericana;1981. p. 747 - 846.
7. RÍOS DALENZ J. La Red Boliviana de Información en Ciencias de la Salud. Rev Bol Med. Familiar. 1993; 3 (1) 100-101
8. RÍOSDALENZ. (editor). Curso de Patología Tomo I y Tomo II, La Paz:Lib. Edit. Juventud. 1995
9. RÍOS DALENZ J. (editor). Biopatología de la Gran Altura en los Andes Bolivianos. La Paz: Elite Imp., 2008
10. RÍOS DALENZ J. Studies of cancer of the gallbladder and bile ducts in Bolivia. ActaGastroenterol Bol. 1992; 2 (2): 96-97
11. RÍOS DALENZ J. Historia del Control del Tabaquismo en Bolivia. Arch Bol Historia Medicina. 14:30-37

# Crónicas

## DISTINCIONES

El Colegio Médico Departamental hace un homenaje, el 21 septiembre a los profesionales que cumplieron 25 años "Bodas de Plata" entre ellos a los socios Dr. David Gardeazabal Velasco y Dra. Raquel Moreno Lora. 50 años "Bodas de Oro" al Dr. Carlos Pacheco T.

En esa oportunidad el Colegio Médico Departamental premió con el "Merito Profesional" al Dr. Roberto Muñoz Vaca Guzmán"



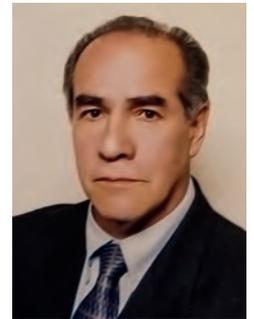
Dr. Carlos Pacheco Tapia



Dra. Raquel Moreno Lora



Dr. David Gardeazabal Velasco



Dr. Roberto Muñoz Vaca Guzmán

El 3 de octubre el Colegio de Odontólogos efectúa un homenaje al Dr. Gonzalo Villafani Gomez por sus 50 años de vida profesional "Bodas de oro"



Dr. Gonzalo Villafani Gomez

El 29 de noviembre la Sociedad Boliviana de Cirugía Capítulo Sucre, realizó un reconocimiento al Dr. Roberto Muñoz Vaca Guzman por los 39 años de trabajo profesional. Así mismo en dicha reunión al Dr. Zacarias Crespo Villegas se le dio un reconocimiento como socio fundador.



Dr. Zacarias Crespo Villegas



Dr. Roberto Muñoz  
Vaca Guzmán

## DECESO

El 21 de octubre, tuvimos que lamentar el sensible fallecimiento del Dr. Jaime Rios Dalenz eminente Médico Patólogo, de la ciudad de La Paz, amigo entrañable de los Miembros del Instituto Médico.

## ACTIVIDAD CIENTIFICA

Las Actividad científica se desarrollaron como se había programado, el cronograma fue el siguiente:

- Presentacion del trabajo de los consocios Dr. Zacarias Crespo Villegas, Dr. Carlos Pacheco Tapia, Dr. Pedro Ledezma Miranda

Invitado especial Lic. Victor Edmundo Salinas Camacho DIRECTOR INSTITUTO INVESTIGACION ANTROPOLOGICO Y ARQUEOLOGICO DEL MUSEO ANTROPOLOGICO Y ARQUEOLOGICO DEL MUSEO ANTROPOLOGICO DE LA U.M.R.P.S.FX.CH.

### Tema: "DEFORMACIONES CRANEALES

- Presentacion Trabajo de Ingreso Dra. Scarley Martinez Perez  
Tema: "Genero y valores sexuales en mujeres sometidas a esterilización quirúrgica"
- Presentacion de trabajo de ingreso la Dra. Fabiola Ramallo Jadue  
Tema: "Cambios Inmunologicos en el Adulto Mayor"
- Presentacion del Trabajo de los consocios Dr. Gonzalo Villafani, Ramiro Villafani y Felipe Costales  
Tema: "Tromboflebitis del Seno Cavernoso"
- Presentacion del Trabajo de ingreso del Dr. Marcelo Sandi Vargas  
Tema: "Hepatocarcinoma"
- Presentacion del trabajo de ingreso de la Dra. Rosario Sanchez Sea  
Tema: "Síndrome Antifosfolitidico como causa de aborto recurrente"
- Presentacion del trabajo de la Dra. Maria Eugenia Lopez Paravicini  
Tema: "¿Usted bebe por compartir o por que cree usted? . Descubra en la reunión"

# Información a los autores

## **La Revista del Instituto Médico "Sucre"**

Es el órgano oficial de esta sociedad, fundada el 3 de febrero de 1.895. En ella se publicarán los trabajos científicos leídos en el Instituto y cuanta información fuera pertinente relacionada con las ciencias médicas y con las actividades de la institución.

Los trabajos deben ser originales e inéditos, escritos en máquina de escribir a doble espacio en papel bond tamaño carta, o también pueden ser emitidos en formato de texto electrónico, confeccionado en el programa Word 6.0; 95 ó 97 ó 98, en disquet 3.5. Debe enviarse el original incluida la iconografía a la siguiente dirección: "Revista del Instituto Médico "Sucre", Casilla correo N° 82, Sucre - Bolivia.

El Comité Editorial tendrá plena autoridad para aceptar o rechazar cualquier trabajo enviado para su publicación en esta revista; todos los trabajos científicos publicados son propiedad de la revista y no podrán ser reeditados sin su autorización.

La responsabilidad científica y legal que pueda derivarse del contenido de un artículo será total y exclusiva de los autores respectivamente.

Se prohíbe la reproducción parcial o total de los artículos sin previa autorización escrita del Instituto Médico "Sucre".

## **La Revista del Instituto Médico "Sucre"**

Tendrá las siguientes secciones:

### **Carta Editorial:**

Versará sobre temas informativos y comentarios relacionados con la medicina. Estará a cargo del Director o a quién él designará.

### **Artículos Originales:**

Se publicarán trabajos que incluyan resultados en el área clínica o de investigación, reflejando aspectos del desarrollo de la medicina nacional. La extensión máxima del texto será de doce hojas tamaño carta. Si se envía por E-mail, el tamaño total ha de ser de 60 KB, excluyendo los gráficos.

### **Datos Clínicos:**

Se refiere a la presentación de casos clínicos de experiencia personal-, con estudios completos que puedan aportar algo en cuanto a diagnóstico o tratamiento. La extensión máxima del texto será de ocho hojas, se admitirán hasta tres figuras y tres tablas. Por E-mail; 40 KB, excluyendo los gráficos.

### **Trabajos de Revision:**

Será encargado por el Director y/o el Comité Editorial a uno de los socios del Instituto con experiencia en un determinado tema.

Este lo resumirá extrayendo, a la luz de su experiencia, lo positivo y actual para nuestra realidad. Por E-mail, el tamaño permitido es de 40 KB, excluyendo gráficos

**Miscelaneos:** Abarca diferentes tópicos de aspecto general vinculados con las actividades del Instituto Médico "Sucre".

**Crónicas:** Permitirá dar a conocer todas las actividades; tanto científicas como culturales, que se desarrollan en el seno de la institución. Se podrá incluir fotografías

**Estructura: Tipo de Trabajo**

- En la primera página del artículo deberá constar nombres y apellidos del autor o autores, centro de trabajo y ciudad. Si se desea hacer mención de los cargos que desempeñan los autores, se hará una referencia a pie de página.
- En los artículos originales y artículos de Fondo deben constar el Título en castellano e inglés. Resumen que no exceda de 200 palabras en castellano e inglés. Palabras Clave en castellano e inglés.
- Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Bibliografía. En los Datos Clínicos debe constar: Introducción, Observaciones Clínica. Comentarios. Resumen y Bibliografía

#### Detalle de Estructura

**Introducción.-** Debe ser breve y su regla básica es proporcionar sólo la explicación necesaria para comprender el tema del artículo.

**Material y Métodos.-** En él se indicarán el diseño del estudio del centro donde se realizó la investigación, duración de la misma, criterios generales de inclusión y exclusión, características poblacionales, técnicas utilizadas en detalle análisis estadísticos usados y de Software utilizado.

**Resultados.-** Estos datos pueden publicarse en formato texto acompañado de gráficos figuras y tablas. Relatan las observaciones efectuadas con el material y métodos empleados.

**Discusión.-** Se destacan aquí las opiniones de los autores sobre el tema. Se debe prestar especial atención a: significado y aplicación práctica de los resultados, las consideraciones de una posible inconsistencia de la metodología y razones por los cuales los resultados son válidos, relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo, indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

**Resumen.-** La extensión no deberá ser mayor de 200 palabras. Debe ser comprensible, representativo del trabajo sin necesidad de leer el mismo, redactado en términos concretos y desarrollando los puntos esenciales. En castellano e inglés.

**Bibliografía.-** Se ajustará a las normas internacionales. Se presentará en una hoja aparte en el mismo orden de aparición del texto y con un número correlativo que la identifique.

Las citas de los artículos de revistas comprenderán: apellidos e iniciales del autor o autores, título del trabajo en su lengua original, abreviatura de la revista según patrón internacional, número del volumen, primera página y año.

Cuando la cita procede de un libro, se citarán apellidos e iniciales de los autores, título en el idioma original, página, editorial, ciudad y año.

#### Como enviar la información

Por E-mail: a la siguiente dirección: [inmedsuc@yahoo.com](mailto:inmedsuc@yahoo.com)

Requisito indispensable:

El envío de artículos debe estar acompañado de un disco compacto, puede enviarse en formato HTML: DOC: TXT o ZIP para ser descomprimido.

Las imágenes en formato JPG; TIFF (Se las puede mandar comprimidas en formato ZIP (se puede obtener gratuitamente WINZIP en <http://www.winzip.com>)

Por servicio courier o correo común: Revista del Instituto Médico "Sucre". Casilla N° 82. Calle San Alberto N° 30. Sucre - Bolivia



La presente edición se terminó  
de imprimir en el mes de Julio de 2014  
en Imprenta Rayo del Sur • Calle Colón N° 107  
• Tel/Fax: 4-6428699 • Sucre - Bolivia

