

MENSAJE DEL COMITÉ ORGANIZADOR DEL IX CONGRESO VENEZOLANO DE MEDICINA INTERNA

El IX Congreso Venezolano de Medicina Interna se realizará en Maracaibo del 21 al 25 de mayo de 1996 en las instalaciones del Hotel del Lago. En su concepción se tuvieron en cuenta objetivos y pautas que permitieron un congreso adaptado a nuestras necesidades y expectativas, y ajustado a la situación del país. Así tenemos que:

- a) Se realizó un programa científico lo más amplio posible en el contexto de la definición de la Medicina Interna como especialidad general y de la prioridad que actualmente tiene, por esas características, en el proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud.
- b) Los temas y conferencias serán abordados con especial atención a un manejo y tratamiento adecuado en correspondencia con los aspectos acuerdo fisiopatológicos y básicos.
- c) Se intenta estimular la participación como conferencistas de nuevos miembros de la Sociedad, que gradualmente confirmen la generación de relevo. Y algo novedoso y por demás sensato y justo es la escogencia de los ponentes en conjunto con los Presidentes, de los Capítulos abriéndose así más posibilidades a los Internistas de provincia.
- d) Tal vez el punto más tomado en cuenta sea el propósito de lograr un Congreso grato para todos sus participantes, donde nos sintamos atendidos y disfrutemos nuestro evento. Existe la más firme voluntad por parte del Comité Organizador para lograr que al lado

de un nivel científico óptimo quede en el ánimo de los asistentes, el recuerdo de una estadía grata y placentera.

El tema central del Congreso lo constituye "La investigación en Medicina Interna" y su escogencia fue motivada por la necesidad de estimular, en todos los niveles de nuestra Sociedad y especialmente en los cursantes del Postgrado, la Investigación como una actividad natural del Internista al igual que la Asistencia y la Docencia. Tenemos la impresión que nuestros residentes confrontan serios problemas a la hora de realizar su Tesis de Grado para culminar su entrenamiento y es importante que nuestra Revista puede seguir su tarea de publicar los trabajos originales de los graduandos. Aún sin equipos complejos y metodologías sofisticadas se pueden realizar trabajos de investigación de primer orden. Esperamos que la ponencia nos aclare la situación real de la investigación y nos ofrezca las recomendaciones para su avance y progreso.

En el denso programa se incluye temas de Enfermedades Tiroideas, Obesidad, Oncología, Sexología, Dermatología, Hígado, Cardiopatía Isquémica, Hipertensión Arterial, Aterosclerosis, Enfermedades Infecciosas, Procedimientos Diagnósticos, Stress como enfermedad profesional, Inmunizaciones del Adulto, Cefaleas, Vértigo, Enfermedades Reumatológicas, Enfermedades Respiratorias, etc, etc.

Queremos referirnos a dos áreas en particular:

En primer lugar la Diabetes Mellitus. Especialmente en cuanto a tratamiento se refiere será objeto de relevante

atención. Para ello se diseñó un curso precongreso dedicado al tratamiento intensivo del Diabético Tipo I, dictándose conferencias que van desde porqué es necesario el tratamiento intensivo hasta la organización de un centro. Y al día siguiente se abordará el "Manejo del Diabético Tipo II". Para ésta área se ha invitado al jefe del Departamento de Educación de la Joslin Clinic, quien hace aproximadamente 10 años, dictó un curso de Diabetes Mellitus en Maracaibo con excelentes resultados.

La escogencia de la Diabetes como tema fundamental en el Congreso luce obvia: 6% de nuestra población es diabética y somos los internistas quienes atendemos a la mayoría de ellos. Por otra parte la población del DCCT, hace ya un par de años, impone la capacitación del internistas en el manejo intensivo del Diabético Tipo I, para lograr efectivamente reducir la incidencia de complicaciones.

El segundo aspecto queremos comentar con más amplitud, es la inclusión de "La Computación en la Medicina Interna" como conferencia magistral y curso, logrando la participación para ello del Dr. Jerome Osherooff como invitado extranjero asegurando así a una de las autoridades internacionales en el campo de la Informática en Medicina, autor además de un libro sobre el tema que constituye la publicación oficial de la American College of Physicians.

Se está realizando un gran esfuerzo para promocionar y dar a conocer el programa y las expectativas a todos los miembros de la Sociedad para lo cual se elaboró un Preafiche que va a estar repartido por todo el país y se realizaron transparencias que están siendo proyectadas en las conferencias de los internistas en Jornadas y Congresos anunciando la fecha 21 al 25 de mayo de 1996 y el lugar del evento.

Además Miembros del Comité Organizador y de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna han asistido y continuarán asistiendo a Jornadas y Conferencias en todo el país para informar y promocionar nuestro Congreso. Y se están repartiendo a nivel nacional una planilla de actualización de datos para e enviar a cada uno de los internistas, material del congreso, programas, material de inscripción, información general, planillas de

trabajos libres, etc. Por supuesto que se harán los ya tradicionales avisos de prensa y afiches finales. Esperamos una asistencia entre 1.200 a 1.500 participantes y estamos preparados para atenderlos a cabalidad. Hemos contratado a nivel regional los servicios del Triángulo y a nivel central de Asevent, dos empresas de organización de eventos reconocidas como de las mejores en su área y ha sido nuestro empeño desde que se fijaron los objetivos generales, lograr que todo el personal organizativo de las empresas contratadas y el seleccionado directamente por el Comité Organizador, tengan como propósito atender y hacer lo más grato posible la estancia a todos los asistentes al Congreso y no tenemos ninguna duda que lo lograremos.

Un aspecto que es imposible dejar de abordar es el referente a los costos que la organización de un evento de esta magnitud involucrará más aún si tomamos en cuenta el alto nivel de inflación que dificulta la realización de un presupuesto medianamente certero, sin embargo se han realizado numerosas gestiones para lograr el financiamiento del Congreso y aunque los costos se estimen en alrededor de Bs. 40.000.000,00 hay sobrado y razonado optimismo que las diversas fuentes: Comercialización de Stand, Donaciones, etc., permitan obtener ingresos suficientes para mantener la cuota de inscripción a un nivel razonable, más asequible a todos.

Para finalizar queremos recordar que en estos momentos cuando se reconoce al fin, al internista como un recurso indispensable para la medicina más eficiente, es necesario y obligante asumir nuestra posición de liderazgo dentro de la Medicina y las Organizaciones Gubernamentales dispensadoras de salud con el fin de recuperar los puestos de Dirección que nos corresponden y que antaño ocupábamos. Nuestro IX Congreso debe constituirse en un evento de primera magnitud cuya resonancia constituye un gran paso en ese sentido y debe servir como catalizador para lograr una Sociedad Venezolana de Medicina Interna más fuerte donde la participación de sus Miembros sea cada día más plural e intensa.

En Mayo del '96 "PA MARACAIBO".

CONFIABILIDAD DE LOS SIGNOS CLÍNICOS EN EL EXAMEN FÍSICO DE TÓRAX

Mario Patiño*, Vianahi León**

En los últimos tiempos, como resultado del avance tecnológico, los médicos han basado sus criterios diagnósticos en una serie de exámenes invasivos y no invasivos, así como también en pruebas de laboratorio, dejando a un lado la información procedente de una buena historia clínica y un cuidadoso examen físico, obviando de esta forma la importancia que tiene para la medicina y la sociedad en la actualidad el ahorrar tiempo y dinero a sus pacientes. Las nuevas técnicas de enseñanza están enfocadas precisamente hacia el rescate de la historia clínica como principal instrumento diagnóstico.

Al respecto Crombie¹ observó que el 88% de los diagnósticos eran hecho al final de una historia clínica y de un examen físico de rutina, demostrando así entre otros aspectos, que ello permite una interacción satisfactoria entre el médico y el paciente en donde este último siente la preocupación humana y profesional del primero y de esta manera se establece un nivel de confiabilidad que permite el médico obtener la información necesaria para poder llegar a un diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, la cual puede ser identificada en base a la presencia o ausencia de ciertos signos a lo largo del examen físico.

De lo dicho anteriormente se desprende que el valor y confiabilidad de los signos depende no sólo de las destrezas del

médico sino también de las veces que ese signo se presente en una población determinada donde se sospeche la enfermedad o por el contrario de las veces que no se presente, para así determinar su importancia dentro del proceso morboso. Apoyando lo antes mencionado Spiteri y colaboradores² creen que la confiabilidad con la cual los signos del examen de tórax son elegidos podrán proveer de una forma efectiva de enseñanza en la medicina de tórax y la práctica médica.

Adentrándose en lo que respecta al examen físico de tórax es importante mencionar que el mismo consta de las siguientes etapas: inspección, palpación, percusión y por último la auscultación, para la cual es necesario sólo la utilización del estetoscopio, pues si bien es cierto que la radiografía de tórax es superior a la hora de localizar procesos tales como derrame pleural, infiltrado pulmonar y neumotórax no es útil para detectar frotos pleurales o ruidos respiratorios, ya que ambas condiciones sólo pueden ser apreciadas a través de la auscultación, he allí la importancia de la misma.

INSPECCION

La inspección toma en consideración aspectos tales como el tipo de respiración del paciente en reposo o con esfuerzo (Cheyne Stoke, Biot, Kussmaul), su cuantificación y profundidad, las contribuciones de la musculatura abdominal y torácica. Goodfrey y colaboradores³ encontraron correlación entre la contracción de los músculos accesorios y la conductancia específica en pacientes con enfermedad broncopulmonar obstructiva.

Por otro lado Stubbing y colaboradores³ encontraron que el descenso de la tráquea y la recesión de la fosa supraclavicular

* Internista - Profesor de la Cátedra de Clínica y Terapéutica médica "B" - Escuela Luis Razetti - Facultad de Medicina - UCV

** Estudiante 5^o Año de Medicina - Facultad de Medicina - Escuela de Medicina Luis Razetti - UCV

están relacionadas con la edad del sujeto; mientras que el descenso de la tráquea y la contracción de los músculos escalenos se relacionan con la duración de la enfermedad respiratoria, todo esto tiene su mecanismo a veces fácil de establecer y a veces no. En el caso de la utilización de los músculos accesorios de la respiración ello se debe a la incapacidad de los músculos intercostales, de desarrollar la presión requerida para originar una adecuada ventilación, lo que demuestra que un cuidadoso examen clínico de tórax en pacientes con EPOC quizás provea más información que la obtenida a través de la espirometría. De igual manera, es preciso determinar la forma, tamaño y simetría del tórax para establecer deformidades que pudiesen otorgarnos pistas diagnósticas, entre las cuales podemos mencionar: tórax en pichón, tórax en embudo y el tantas veces mencionado tórax en barril indicativo de efisema pulmonar, cuya característica principal la constituye la posición inspiratoria permanente con aumento de las dimensiones transversal y anteroposterior.

PALPACION

En relación a la palpación, la posición de la tráquea es un signo que nos puede inclinar hacia una pérdida del volumen pulmonar (atelectasia, neumotórax, obstrucción bronquial) o hacia una fibrosis apical, este signo según Spiteri y colaboradores² fue considerado como infrecuente y por tanto de poco valor diagnóstico. Por otro lado, la palpación de las vibraciones vocales nos hacen pensar en determinadas patologías pulmonares sea que estén aumentadas, como ocurre en una neumonía, o disminuidas como por ejemplo en una insuficiencia de las cuerdas vocales o bloqueo de las vías respiratorias.

PERCUSION

Siguiendo el orden de un buen examen físico, le toca el turno a la percusión, la cual se realiza en función de cualquiera de las dos técnicas descritas en la literatura, es a saber, la percusión directa y la percusión indirecta siendo esta última la que requiere de una gran destreza manual dentro del examen. Para la realización se coloca firmemente la superficie palmar del dedo medio izquierdo dentro del espacio intercostal y se golpea con la punta del dedo medio de la otra mano, con golpes y retiros rápidos alternando con movimientos de las muñecas. La percusión se emplea para descubrir cambios en la densidad normal de un órgano, para comparar áreas simétricas del tórax, buscando diferencias sonoras, entre las cuales se encuentran la matidez, que se caracteriza por tener un tono agudo 140 a 190 Hz y la resonancia cuyo tono es grave, siendo de gran intensidad y onda larga 100 a 128 Hz.

En relación a la primera su presencia nos indicaría la existencia de zonas de mayor densidad, como es el caso de la consolidación pulmonar, derrame pleural o tumor pulmonar.

AUSCULTACION

Con respecto a la auscultación es necesario mencionar que ésta consiste en escuchar los ruidos normales y anormales que se originan en el aparato respiratorio. Sus orígenes se remontan a la antigua Grecia, donde el padre de la medicina Hipócrates inició la auscultación directa; posteriormente Laennec con la invención del estetoscopio estableció los principios de toda una técnica para el examen del tórax, la cual ha persistido hasta nuestros días, siendo perfeccionado, en lo que respecta a la nomenclatura de los ruidos respiratorios normales y adventicios.

La antigua semiología por Laennec clasifica los ruidos respiratorios normales en murmullo vesicular y ruido glótico, dando la explicación del origen del primero debido a la entrada y salida de aire en los alveolos pulmonares; con relación a los antes mencionado, en un trabajo realizado por Ploysongsang y colaboradores⁴ donde se intentaba descubrir los mecanismos de producción del murmullo vesicular se llegó a la conclusión de que el parecido ente las fases de inspiración y espiración de los mismos se debían a que probablemente se producen en sitios similares por mecanismos parecidos en las vías respiratorias periféricas debido al movimiento de aire en los pulmones, los cuales se modifican por las características de transmisión de los pulmones y la pared torácica antes de que sean detectadas en esta última.

A este respecto hoy en día se sabe que el flujo en dichas vías es demasiado lento y laminar para poder generar sonidos.

Con relación al ruido glótico se decía que se originaba debido al paso de aire por la hendidura glótica. Para el año de 1978 Forgacs,⁵ modifica dicha nomenclatura basado en la fisiología de la auscultación pulmonar, de manera que el ruido vesicular toma el nombre de ruido respiratorio normal, el cual se ausculta durante toda la espiración y al inicio excepto en el manubrio esternal y la región interescapular superior, mientras que el glótico lo denomina ahora respiración bronquial, la cual se ausculta en el cuello, siendo de alta tonalidad y con la fase respiratoria de mayor duración, no auscultado normalmente en el pulmón.

Al hablar de ruidos adventicios se tiene la siguiente clasificación:

Crepitantes: ruidos de corta duración que se originan debido al burbujeo de las secreciones en las vías aéreas. A su vez estos se subdividen en crepitantes inspiratorios tempranos, crepitantes tardíos y crepitantes espiratorios.

Crepitantes inspiratorios tempranos se deben a la obstrucción del flujo gaseoso, observándose en el asma bronquial y EPOC. "En 322 pacientes ambulatorios con efisema estable o bronquitis crónica los crepitantes fueron menos frecuentes que en las neumonías intersticiales mientras que los crepitantes tempranos fueron más comunes en estos últimos. Por otro lado, los sonidos adventicios han sido descritos en 65% a 9% de los pacientes con enfermedad crónica pulmonar".⁶⁻¹³

Crepitantes inspiratorios medios sugieren bronquiectasia y se auscultan también en espiración.

Crepitantes inspiratorios tardíos se observan en el período de resolución de la neumonía lobar cuando los alveolos están llenos de exudados. Los crepitantes que se ubican en las bases pulmonares son características de edema pulmonar debido a insuficiencia ventricular izquierda o enfermedad pulmonar intersticial ocasionada por procesos como asbestosis, alveolitis y fibrosis. La evidencia de crepitantes fue alta en ambos grupos con asbestosis, 60% y 65% respectivamente y relativamente baja en ambos grupos con sarcoidosis 18% y 14%.⁶⁻¹³

Crepitantes espiratorios se presentan sobre todo en las bronquiectasias.

Los roncus han sido clasificados en polifónicos espiratorios difusos, monofónicos fijos y monofónicos variables. Los roncus ampliamente diseminados sobre ambos pulmones son típicos de edema pulmonar paroxístico, mientras que las sibilancias (nomenclatura antigua) caracterizan al asma bronquial.⁸

Por otra parte es interesante añadir que el aumento de la resonancia pulmonar y la disminución de los ruidos respiratorios pueden deberse a efisema pulmonar, mientras que los crepitantes y las sibilancias nos indican enfermedad bronquial, sin olvidar que los primeros en las bases pulmonares, las sibilancias y el frote pleural nos inclinan hacia la posibilidad de una falla cardíaca.

Ruidos respiratorios indican flujo turbulento debido a la obstrucción de las grandes vías del árbol traqueobronquial. Se observan en las bronquitis crónicas, asma bronquial y compresiones de la tráquea y bronquios principales.

El frote pleural se debe a inflamación de la pleura, lo que origina una pérdida de líquidos lubricantes, razón por la cual las super-

ficies pleurales en aposición se frotan entre sí produciendo un peculiar sonido.

Para finalizar este trabajo, es importante señalar que el valor de un signo en el diagnóstico clínico depende como se mencionó al principio, de su presencia o ausencia, así como también de su relación con otros signos, lo cual nos permite discriminar entre varias enfermedades, de allí la necesidad de un buen examen físico y por consiguiente del desarrollo de destrezas y habilidades a la hora de realizarlo para, de esta manera, lograr un acuerdo satisfactorio en base a los hallazgos físicos obtenidos y evitar de esta forma una amplia variabilidad interobservador que dificulte el diagnóstico correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sackett David et al. The Science of the Clinical Examination. JAMA 1992; 267 (19): 2650-2652.
2. Spiteri M et al. Reliability of eliciting physical signs in examination of the chest. The Lancet 1988: 873-875, 322-345.
3. Stubbing David et al. Some physical signs in Patients with Chronic Airflow Obstruction. Am. Rev. Respir. Dis. 1982; 125: 549-552.
4. Ploysongsang Yongyudh et al. Inspiratory and Expiratory Vesicular Breath Sounds. Respiration 1990; 57: 313-317.
5. Forgacs Paul. The Functional Basis of Pulmonary Sounds. Chest 1978; 73 (3): 339-405.
6. Epler, Gary et al. Crackles in the Interstitial Pulmonary Disease. Chest 1978; 73 (3): 405.
7. Editorial. Cough and Wheeze en Asthma are they interdependent? The Lancet 1988: 447-448.
8. Raffin Thomas et al. Disnea diagnóstico diferencial. Tribuna Médica 1991; 74 (5): 155-164.
9. Kuzendo J. Asthma and Wheezing. The Lancet 1992; 339: 339-1357.
10. Fletcher Robert et al. Has Medicine Outgrow Physical Diagnosis? Annals of Internal Medicine 1992; 117 (9): 786-787.
11. Kelly et al. Medicina Interna. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina. Tomo II. 1991, págs. 2129-2134.
12. De Gowing. Examen y Diagnósticos Clínicos. Ediciones Científicas. Ciudad de México. 1981, págs. 322-345.
13. Baughman Robert et al. Crackles in Interstitial Lung Disease. Chest 1991; 100: 96-101.

EL PROFESOR GUÍA DE POSTGRADO

Israel Montes de Oca*

INTRODUCCION

Las actividades de cualquier Servicio o Cátedra, donde sólo funciona un equipo médico, debe tener a disposición alguna forma de autoevaluación, que le permita conocer cómo y en qué condiciones se hacen las actuaciones de todos sus integrantes y los resultados de las mismas.

El presente documento trata de precisar algunos detalles de la evaluación en relación al acto médico desarrollado por los médicos cursantes de Postgrado de Medicina Interna y dirigidos fundamentalmente a que se conozca mejor su rendimiento a través de una evaluación; empleando una metodología aplicada a médicos que tienen función de Resistencia de Postgrado.

La intención de esta presentación, es doble: En primer lugar establecer unas normas generales sobre lo que debe ser el perfil de un Profesor Guía encargado de realizar un trabajo tanto de mejoramiento de la actuación de los cursantes como supervisor directo y que le permitirá a su vez facilitar y obtener los mejores resultados del entrenamiento de los residentes de Postgrado en la especialidad de Medicina Interna. En segundo lugar: Cómo realizar una evaluación objetiva, justa y verdaderamente académica de todos los componentes del acto médico de los Residentes de Postgrado, por parte de los integrantes de la Cátedra o Servicio.

Este método al ser aplicado no es necesariamente una recomendación o el resultado de una posición personal de un Jefe de

Cátedra, sino que representa un esfuerzo de una Cátedra que desea ser más exacta en evaluar la calidad y cantidad de trabajo, realizado por los Residentes y recordar además que una Cátedra puede recurrir a la libertad de la misma, establecida en la Ley y los Reglamentos Universitarios, para establecer sus propios sistemas de desarrollo y evaluación.

La intención es realizar una forma de autoevaluación y de orientación académica y así obtener la excelencia, en beneficio de los pacientes.

2. PERFIL DEL PROFESOR GUIA

Tiene 4 componentes:

- 2.1 Perfil General
- 2.2 Como Docente
- 2.3 Como Evaluador
- 2.4 Como Calificador

2.1 Perfil General:

El Profesor Guía en Medicina Interna es un docente integrante de una Cátedra, sin ninguna diferencia en cuanto a su escalafón universitario, que debe promocionar la especialidad de Medicina Interna entre los estudiantes que cursan la especialidad, inculcando los conceptos que definen al Médico Internista, no sólo desde su punto de vista académico, sino humanístico y ético, y además difundir que la Medicina Interna puede constituirse como objetivo y especialidad final de su formación.

* Internista, Profesor Titular Facultad de Medicina. Universidad Central de Medicina. Ex-Presidente de la **SVMI**

El Profesor Guía al constituirse en un orientador debe insistir en la necesidad de considerar a la especialidad de una alta capacidad resolutoria y por lo tanto, las interconsultas con otras especialidades deben basarse en una justificación y racionalización de las mismas y hacerse sólo después de haber discutido el o los problemas del paciente en las revistas asistenciales con los docentes correspondientes, excepto en aquellos pacientes que por tener una emergencia así la requieran.

El Profesor Guía es un facilitador de las relaciones interpersonales de todo el grupo de trabajo, donde se desenvuelven los cursantes.

Al constituirse en un orientador de otros profesionales en formación, debe estar formado sólidamente en la especialidad, con dominio actualizado en el campo asistencial, docente, de investigación y en el ético.

El Profesor Guía por su características que le son propias a su denominación, tendrá el cuidado de mantener un equilibrio y evitar por un extremo ser severo y por otro permisivo, esto significa que el equilibrio se caracterizará por patrones de exigencia de acuerdo a las normas del Servicio o la Cátedra y por otra por una relación favorecedora del cumplimiento de las funciones y programas que le corresponde desarrollar a la Cátedra o Servicio.

Al proponerse la creación del Profesor Guía, se concibe como el profesor que dispone de mayores y mejores elementos de juicio para poder contribuir objetivamente a la promoción de los cursantes.

El Profesor Guía debe estar consciente de ser justo, equilibrado, orientador, exigente, entrevistador, humano, no autoritario, no paternalista, cuestionador, discursivo, contestador de las interrogantes, consultor y por supuesto promotor de mejores ideas para el mejoramiento del cursante y lograr las metas de la excelencia.

El Profesor Guía tiene necesidad de conocer todas las normas de Postgrado y poder responder todas las preguntas que tiene el cursante sobre las mismas o en caso contrario debe investigar sobre el punto específico planteado.

2.2 Como Docente:

El Profesor Guía en la parte docente puede tener las siguientes funciones:

- 1) Mantener una atmósfera de actitud académica.

- 2) Orientar al cursante en el acto médico tanto en lo técnico, como en lo humano, administrativo y ético del mismo.
- 3) Guiar al cursante con un concepto global de formación en función del Servicio o la Cátedra y en una forma coherente responsabilizarse en el presente y futuro inmediato de todo aquello que tiene que ver con el criterio del perfil del egresado.
- 4) Promocionar las capacidades de decisión y resolutoria del cursante.
- 5) La función del Profesor Guía debe ser factible de acuerdo a los recursos de la Cátedra y de los programas a cumplir.
- 6) Considerar conjuntamente con los cursantes a través de un entrenamiento sistematizado todos los factores emocionales y afectivos involucrados en el trato con los pacientes y los familiares.
- 7) Aliviar y orientar la sobrecarga emocional que representa la atención médica integral para lo cual debe recurrirse al método piramidal de asesoramiento y así facilitar una mejor adaptación a la disciplina en la cual se forman.

2.3 Como Evaluador:

El profesor Guía debe tener una actitud interpersonal en los siguientes puntos:

- 1) Solicitar al cursante informa escrito u oral (verbal) periódicamente del trabajo realizado, a fin de establecer controles y correctivos a tiempo.
- 2) Consolidar en forma objetiva una metodología de evaluación a través de su propia experiencia.
- 3) Constituirse en un factor de armonía en la relación Profesor Guía/Cursante cuando se realiza una evaluación por otros profesores.
- 4) Utilizar los mecanismos académicos y persuasivos necesarios, que permitan un mejor entendimiento de la evaluación.
- 5) Realizar un seguimiento permanente a través de las guías sugeridas, que aunque no deben ser rígidas, deben cumplir con los objetivos. El criterio y opinión del Profesor Guía es muy importante en este aspecto.

- 6) El cursante a pesar de tener la mayor responsabilidad en su propia formación, el Profesor Guía es el consejero inmediato al presentarse problemas y por lo tanto, al establecerse un juicio de persona a persona, se constituye en un evaluador interno.
- 7) El cursante debe conocer los programas y sistemas de evaluación, y el Profesor Guía será el comunicador natural de la información.⁹
- 8) Realizar una evaluación permanente, continua, objetiva; en base a la definición de la misma: "Se considera evaluación al proceso mediante el cual se delimita y describe una entidad o programa y se juzga su mérito y valora en función de sus efectos previstos y no previstos".²

2.4 Como Calificador:

El Profesor Guía debe observar los siguientes principios:

- 1) Estar involucrado en el trabajo diario de los cursantes por el período asignado de supervisión y poder realizar así una justa calificación.
- 2) Calificar y hacer cumplir todo el contenido del programa indicado en un instructivo, el cual tiene responsabilidad de supervisar.
- 3) Hacer una calificación tomando en cuenta los dos aspectos más importantes en una evaluación:
 - A) *Formativa*, que es el estudio de los factores negativos y positivos del proceso formativo a través de los distintos parámetros.
 - B) *Sumativa*, que es obtener evidencias para tomar la decisión y opinar sobre la de promocionar o no al cursante. Se hace al final del proceso y se constituye en una evaluación integral.¹⁰
- 4) Para lograr los mejores resultados y ser más justo en la calificación, el profesor debe tener capacidad de convocar al cursante a reunirse periódicamente (diario, semanal, mensual), de acuerdo al más conveniente criterio del Profesor Guía, pero siempre tomando en cuenta los objetivos del Servicio, la Cátedra o del Postgrado.

3. CARACTERISTICAS Y PROPOSITOS DE LA EVALUACION⁸

Dentro del concepto curricular la evaluación debe hacerse a través de lo que significa una asignatura, módulo o pasantía.

Cada profesor evaluador debe acogerse inicialmente al concepto de asignatura que se define como: "El conjunto de actividades docentes cuya estructura organizativa, obedece a contenido de una disciplina, materia o causa específica de una carrera". En el caso de Postgrado y en el área que nos ocupa, se refiere a la asignatura Clínica Médica cuyo contenido está caracterizado por las diversas actividades asistenciales, docentes y de investigación que ubican a la Clínica Médica, formando parte del programa total de la formación en Medicina Interna.⁹

Naturaleza y propósitos de la evaluación:¹¹

Evaluación es el proceso que permite obtener información sistemática, lo más objetiva posible, para satisfacer los objetivos educacionales previamente establecidos. La evaluación del aprendizaje consistirá en la evaluación cualitativa o cuantitativa de las capacidades logradas a través del proceso de enseñanza, aprendizaje en función de los objetivos previstos.

La evaluación debe cumplir con estas finalidades:

- 1) Determinar el aprovechamiento a través de escalas diseñadas al efecto.
- 2) Proporcionar al cursante toda la información pertinente a los objetivos educacionales que se desean alcanzar.
- 3) Poder elaborar el perfil del egresado de Postgrado.
- 4) Desarrollar actividades de asesoramiento y recuperación del cursante.
- 5) Hacer del conocimiento del cursante, todos los métodos y estrategias a utilizar para su evaluación.
- 6) Desarrollar mecanismos para precisar la eficiencia, competencia y destreza del cursante.
- 7) Facilitar todo asesoramiento para que el cursante planifique la investigación clínica de acuerdo a las exigencias del Postgrado.
- 8) Realizar la evaluación aplicando las siguientes características:
 - A) Debe existir correspondencia entre las técnicas e instructivos de evaluación y los objetivos que se persiguen.
 - B) Realizar la evaluación por etapas y planos específicos entre el Profesor Guía y el cursante.

C) La evaluación debe hacerse en base a conocimientos y destrezas que en forma progresiva vaya adquiriendo el cursante y debe tener un desarrollo integrado y acumulativo y no en forma fraccionada.

D) Los diferentes métodos (examen, interrogatorios, exposiciones, presentaciones, etc.) que permiten una evaluación, podrán y deben identificar fallas del proceso formativo e informativo del cursante y por supuesto permitirá como realizar los correctivos correspondientes.

4. METODOLOGIA A USAR PARA EVALUAR EL RENDIMIENTO ACADEMICO DE POSTGRADO

Los profesores del Servicio y Cátedra emplearán junto al Profesor Guña como principal conocedor del cursante una metodología para evaluar, que tiene 2 componentes:

4.1 Aspectos de carácter conceptual y técnico.

4.2 Aspectos propios del Postgrado (tanto intrínsecos como extrínsecos).⁷

En relación al componente 4.1. Se requieren considerar los siguientes puntos: interrogantes o dudas sobre el cursante; objetivos de evaluación, fuente, tipo y accesibilidad de la información a obtener, naturaleza del programa a evaluar. Por otra parte se agrega el papel y características del evaluador: neutralidad, objetividad, quien después de analizar los diferentes componentes puede emitir un juicio y la toma de decisión final sobre la calificación asignada.

En relación al componente 4.2. Establecer criterios de procedimientos de evaluación propios del Postgrado.

Las entidades curriculares del Postgrado se pueden clasificar en:⁷⁻⁸

Teóricas, Prácticas, Teórico-Prácticas y en Simples y Mixtas.

La metodología y resultados de la evaluación debe estar contenida en un documento escrito que contiene e incluye:

- A) Actividades a desarrollar.
- B) Tipos de Pruebas o de Evaluación directa.
- C) Indicación de los procedimientos de la evaluación.
- D) Procesamiento de datos e interpretación de los resultados.

Cada Cátedra al seleccionar los procedimientos más convenientes y ajustados a sus requerimientos y necesidades debería evaluar a través de las siguientes áreas:

- A) Area cognoscitiva (examen escrito, oral interrogatorio, etc.).
- B) Area perceptiva-motora (observación en registro sistemático de la actuación individual).
- C) Area afectiva y social (valores, intereses y actitudes con evaluación de la relación Médico-Residente-Paciente, Médico-Residente-Familia).
- D) Areas específicas de Postgrado (actividades programadas por cada Cátedra): Asistencial: (Revista, presentación de casos, discusiones, consulta externa, etc.). Revisión de fichas bibliográficas y otros.
- E) Investigación: Trabajo especial de investigación para lo cual debe asignarse un Tutor integrante de la Cátedra y acogerse a las recomendaciones de la Comisión de Postgrado. Deben haber reuniones específicas para el desarrollo de esta actividad.

En todos estos aspectos se considerarán los siguientes valores: Presentación, Organización, Contenido, Redacción, Creatividad y Aspectos Críticos.

Las labores realizadas por los Residentes son de una complejidad creciente desde su ingreso a 1er año hasta su mayor responsabilidad en 2do y 3er años, lo cual requiere del conocimiento de un contexto de todas las exigencias tanto formativas como sumativas

NORMAS DE RENDIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE POSTGRADO

- 1) Deben cumplirse todas las actividades programadas por el Servicio o Cátedra, así como el horario de programación académico, asistencial o de investigación.
- 2) Debe cumplirse una permanencia, para aprobación obligatoria de asignatura o modalidad curricular con una calificación de 10 ó más puntos de acuerdo a la Ley de Universidades. La calificación menor de 10 indica aplazamiento.¹

3) La asistencia es obligatoria, para así cumplir con los programas que determinan su pasantía por una Cátedra de Clínica Médica.

Para completar la parte anterior y teórica del Tema, de seguidas se presentan 7 (siete) instructivos de orden práctico, que servirán para objetivar en forma continua todas las actividades cumplidas por los Cursantes, lo cual permitirá al final una real evaluación.

En el **INSTRUCTIVO N° 1**: Se especifican todos los puntos de orientación que tendrá la evaluación en forma objetiva, describiéndose conceptualmente cada uno de los aspectos a tomar en cuenta, incluyendo, quienes serían los responsables de la evaluación.

En el **INSTRUCTIVO N° 2**: Se enumeran 30 puntos discriminados para realizar una evaluación formativa, la cual puede realizarse por mes y para cada cuatrimestre.

Los 30 puntos se reagruparán en los instructivos siguientes: N° 3, 6 y 7 y con los 4 (cuatro) parámetros: AC: (Actividades Clínicas); T: (Actividades Docentes, Teóricas, Fichas Biblio-

gráficas, etc.); CR: (Cumplimiento, Responsabilidad y Puntualidad); RH: (Relaciones Humanas y Trabajo en Equipo).

En el **INSTRUCTIVO N° 3**: Se hace una evaluación diaria para cada mes, tomando en cuenta los 4 grandes parámetros.

En el **INSTRUCTIVO N° 4**: Sólo para evaluar los aspectos personales del Cursante. Estos puntos pueden servir de guía para evaluar también las Relaciones Humanas (RH) contenidas en los otros Instructivos.

En el **INSTRUCTIVO N° 5**: Se analiza únicamente la destreza como expositor y puede ser incorporada a la evaluación de los aspectos T de los Instructivos para su incorporación en la calificación.

En el **INSTRUCTIVO N° 6**. Es para llenar las casillas con las calificaciones de cada mes, para 1 (un) cuatrimestre de acuerdo a los 4 (cuatro) parámetros para cada Cursante.

En el **INSTRUCTIVO N° 7**: Se recoge la calificación por año, para cada Cursante, después de haber analizado cada 3 (tres) cuatrimestres de cada año.

INSTRUCTIVO N° 1

CATEDRA O SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

INSTRUCTIVO Y ORIENTACION PARA LA EVALUACION DE LOS MEDICOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA EN LOS SERVICIOS Y CONSULTAS, ASPECTOS EXPLICATIVOS Y CONCEPTUALES

NOMBRE: _____
(Anotar nombre y apellido del o de la cursante)

AÑO DEL CURSO: _____
Año al cual pertenece el cursante (1°, 2° ó 3°)

CUATRIMESTRE: _____
Del 1° al 9° o mes por/mes de acuerdo al método utilizado

LAPSO DE EVALUACION: _____
Día inicial y final del lapso

SERVICIO: _____
(Area). Se refiere al sitio donde se realiza la pasantía (Servicio de Medicina, Emergencia, Consulta Externa o de Especialidades, Pasantías Especiales, etc.).

Sigue —————>

Continuación Instructivo N° 1

FECHAS: _____

Las correspondientes a las evaluaciones parciales (diaria, semanal, mensual, o cuatrimestre), o en la oportunidad de calificar Historias Clínicas, interrogatorios, presentaciones de casos, seminarios, etc., lo cual facilita el acumular información y calificaciones parciales individuales, de acuerdo a estas actuaciones:

1.- **ACTUACION CLINICA:** Abarca toda la actividad científica y técnica del Médico Residente en el Servicio.⁶

Incluye tres grandes áreas:

- a) Historias Clínicas de los pacientes
- b) Conocimientos
- c) Técnicas utilizadas.

En **Historia Clínica:** Se evalúa la elaboración de Historia de Ingreso, los diagnósticos presuntivos, plan de trabajo, terapéutica indicada, etc. Además y de gran importancia, es el trabajo diario sobre cada paciente asignado o estudiado, desde el ingreso hasta el egreso y controles sucesivos, todo debidamente consignado en las hojas de evolución, tratamiento, interconsultas, resúmenes, informes, etc. En forma sistemática la Historia del paciente debería ser revisada tanto al ingreso como al egreso del paciente.

En **Conocimientos:** Se valora la información médica, debidamente actualizada, sobre la patología presente o investigada en los pacientes hospitalizados o atendidos por el Servicio o Consulta y sobre temas afines o relacionados sean preventivos, curativos o sociales, todo cual, como respuesta a preguntas concretas o evidenciadas en la actividad asistencial-docente de la Revista Médica. La actualización de conocimientos debe ir acorde con las exigencias mismas del currículum de Postgrado.

En **Técnicas:** Se evalúan las destrezas en toma de muestras, procedimientos, exploración semiológica, abordaje a los familiares y a los pacientes, etc. En todo caso se tomará en cuenta la capacidad de discernimiento con base científica, demostrable y actualizada, con carácter integral, (biopsico-social y siempre de acuerdo al nivel del cursante (1°, 2° ó 3er año). Cada curso podrá establecer en exigir un mínimo de procedimientos a realizar por el cursante y que demuestre a través del curso, la habilidad adquirida en las técnicas exigidas.

2.- **PRESENTACION DE LOS CASOS, SEMINARIOS, FICHAS BIBLIOGRAFICAS**

Comprende todas las actividades teóricas y cumplidas en el Servicio, incluye conocimientos, actualización, iniciativa, creatividad, oportunidad, profundidad, claridad, utilidad, técnicas de exposición, etc., así como la participación efectiva en Reuniones, Clínicas, Científicas, Anatomo-Clínicas, Administrativas, etc., del Servicio o Cátedra. Debe tomarse en cuenta en forma importante el sentido crítico y racionalización de los hechos por parte del cursante.

3.- **CUMPLIMIENTO Y PUNTUALIDAD**

En su compromiso diario en el Servicio o Cátedra debe dar aviso oportuno de inasistencias o retardos justificados, disposición para el trabajo, actitud frente a las situaciones de urgencia, capacidad para asumir la dirección de las acciones en caso necesario, así como sentido de colaboración en las actividades.³

4. **RELACIONES HUMANAS**

Trabajo armónico, en equipo. Respeto por los demás colegas en diferentes escalas jerárquicas, trato con los pacientes y sus familiares, el personal del Hospital, los visitantes, los profesionales en interconsultas, capacidad para corregir conductas inadecuadas. Capacidad de autocrítica. Incluye la disposición para la docencia con otros Residentes y con Estudiantes de Medicina, Enfermería, etc.

Sigue —————>

CALIFICACION DEFINITIVA

Es la suma de la puntuación de los cuatro aspectos evaluados, pero con evaluación más particular discriminados de cada uno de los aspectos como se muestra en aparte. La calificación se expresa en cifras enteras, sin decimal, para lo cual los decimales se modifican al entero más próximo (igual o mayor que 0,5) equivale a la nota inmediata superior.

OBSERVACIONES

Debe incluirse, tanto los aspectos positivos como los negativos. En ambos casos se debe ser específico en la observación. Puede utilizarse el criterio por escrito para ampliar la información. En cada caso se realizarán las entrevistas personales que se consideran necesarias, (mínimas 4, por pasantía), preferiblemente a mitad del lapso, para reforzar conductas y/o señalar las negativas con la sugerencia individual respectiva.

Cuando el personal asistencial o docente determine incumplimientos, faltas, etc., que sean injustificadas o reiteradas, debe tramitarse de inmediato por las vías administrativas o docentes correspondientes, sin esperar la evaluación, aún cuando además repercuta en ésta.

Cada vez que se considere necesario debe elaborarse un informe confidencial, en sobre cerrado, dirigido al Jefe de la Cátedra con copia a la Dirección del Curso o al Comité Académico respectivo.

Cada una de las áreas de actividad se califica de 0 a 20, tantas veces como se considere necesario. La nota aprobatoria es de 10 a 20 de acuerdo con la Ley de Universidades.

Cuando alguna de las áreas es especialmente deficiente, por ejemplo, Relaciones Humanas, cumplimiento o cualquier otra, la repercusión sobre la nota final puede ser mayor o menor que el porcentaje establecido. En este caso debe explicarse el punto de vista en un informe aparte.

RESPONSABLE DE LA EVALUACION

El Jefe del Servicio, el personal docente de la Cátedra o del Servicio y el Profesor Guía.

El procedimiento recomendado es por decisión y consenso entre los citados profesionales, así como para realizar una evaluación sumativa se requiere de la participación de todos los profesores. El Profesor Guía forma parte de las actividades del cursante, ya que el seguimiento de las actuaciones dentro del curso es esencialmente realizado por el Profesor Guía

DE LOS EXAMENES

Los exámenes serán de progresiva complejidad de acuerdo al año de Postgrado, en el cual esté el cursante. El examen escrito y/u oral u otro será concebido en una forma integrada de todas las actividades desarrolladas, pero tendrá una nota evaluativa periódica por escrito. Recordar que en un Postgrado, de acuerdo a los reglamentos, no existe reparación o diferimiento, sólo existirá recuperación cuando esté justificado por las autoridades del Postgrado.

Al existir rotación interna de los residentes, el Profesor Guía designado para cada cursante tendrá que reunirse periódicamente con los docentes que tienen contacto con los cursantes durante la pasantía en las diferentes secciones del servicio y podrá tener una evaluación justa y adecuada y en forma objetiva será realizada al final por todos los profesores, quienes serán los responsables de asignar las notas.

INSTRUCTIVO N° 2

CATEDRA O SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

PARAMETROS A TOMAR EN CUENTA EN LA EVALUACION POR PERIODOS MENSUALES DEL CUATRIMESTRE

NOMBRE DEL PROFESOR GUIA: _____

POSTGRADO: _____

NOMBRE DEL RESIDENTE: _____ FECHA: _____

Puntuación por meses / Promedio por períodos (Cuatrimestre)

EVALUACION FORMATIVA	1° M	2° M	3° M	4° M	Promedio por período	(Cuatrimestre N°)*
1) Asistencia (AC)						
2) Cumplimiento Académico (C)						
3) Participación Efectiva (RII)						
4) Comprensión (T)						
5) Razonamiento Lógico (T)						
6) Capacidad de Síntesis (T)						
7) Atención / Concentración (T)						
8) Ritmo de Aprendizaje (T)						
9) Expresión Verbal (T)						
10) Sentido Común (T)						
11) Resolución de Problemas (AC)						
12) Relación con Profesores (RII)						
13) Relación Compañeros						
14) Trato a Pacientes / Familiares (RII)						
15) Relación Personal Servicio (RII)						
16) Aceptación de Normas (CR)						
17) Rendimiento General (T)						
18) Actuación Profesional (CR)						
19) Historia Clínica (Elaboración (AC)						
20) Consulta Externa (AC)						
21) Presentación Radiológica (AC)						
22) Presentación Anatómo-Clínica (AC)						
23) Discusión Clínica (AC)						
24) Expresión de Ideas (AC)						
25) Fichas Bibliográficas						
26) Seminarios (T)						
27) Sentido Crítico (T)						
28) Presentación de Casos (AC)						
29) Conocimientos (T)						
30) Destreza para Procedimientos (AC)						

Nota: (*) Los Cuatrimestres se enumeran del 1 al 9

AC: Hospitalización / Consulta / Actividades Clínicas y Asistenciales

T: Discusión de Pacientes, Asistencia de Actividades Docentes y Fichas Bibliográficas

CR: Cumplimiento, Responsabilidades y Puntualidad

RII: Relaciones Humanas y Trabajo en Equipo

INSTRUCTIVO N° 3

CATEDRA O SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

EVALUACION DIARIA PARA CADA MES

FECHA: _____

RESIDENTE: _____

AÑO: _____

PROFESOR: _____

DR: _____

Utilizar sólo las 4 grandes categorías de Evaluación

- 1) Hospitalización / Consulta / Actividades Clínicas y Asistenciales) _____
- 2) Seminario (Discusión de Pacientes y Asistencia de Actividades Docentes) _____
- 3) Complemento y Responsabilidad _____
- 4) Relaciones Humanas y Trabajo en Equipo _____

(AC) (T) (CR) (RH)

Poner en casilla la calificación de 1 a 20 de acuerdo al criterio del Profesor y que posteriormente debe hacer conocer al Profesor Guía.

La puntuación o calificación de todos los parámetros anteriores se reunirán en 4 áreas específicas que a continuación se dan en la parte N° 2, de allí se harán los cálculos de acuerdo a los siguientes porcentajes.

40% 30% 20% 10%

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1) AC																															
2) T																															
3) CR																															
4) RH																															

- 1) AC: Hospitalización / Consulta / Actividades Clínicas y Asistenciales
- 2) T: Seminario / Discusión de Pacientes y Asistencia de Actividades Docentes
- 3) CR: Complemento y Responsabilidad
- 4) RH: Relaciones Humanas y Trabajo en Equipo

Poner en casilla la calificación de 1 a 20 de acuerdo al criterio del Profesor y que posteriormente debe hacer conocer del Profesor Guía.

La puntuación o calificación de todos los parámetros anteriores se reunirán en las 4 áreas específicas que a continuación se dan, de allí se harán los cálculos de acuerdo a los siguientes porcentajes:

40% 30% 20% 10%
 AC T CR RH

INSTRUCTIVO N° 4

CATEDRA O SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

ASPECTOS PERSONALES⁴

Los siguientes son parámetros para evaluar los aspectos personales cualitativos del Cursante, representados por una escala de 0 a 4, el 0 representa la ausencia de problemas y el 4 el máximo de expresión de ellos.

1) Estados Emocionales:

a) Temores	0	1	2	3	4
b) Ansiedad	0	1	2	3	4
c) Depresión	0	1	2	3	4

2) Tolerancia a la Frustración 0 1 2 3 4

3) Autoestima 0 1 2 3 4

4) Dificultades Personales 0 1 2 3 4

5) Dificultades Académicas 0 1 2 3 4

6) Dificultades Asistenciales 0 1 2 3 4

7) Dificultades Económicas 0 1 2 3 4

8) Opinión Personal del Profesor Guía acerca del cursante (como persona, cursante y profesional)

Observaciones de la Evaluación: _____

Evaluador (es): _____

Profesor Guía: _____ Fecha: _____

Nota: Si existe algún comentario adicional utilice el dorso de la hoja

INSTRUCTIVO N° 5

CATEDRA O SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

PUNTO A EVALUAR: DESTREZA COMO EXPOSITOR DE LA DISCUSION DE LOS PROBLEMAS

NOMBRE DEL RESIDENTE: _____ FECHA: _____

EXPOSICION: _____
(Títulos-Nombre)

COORDINACION: _____

	Si	No
1. Al inicio demostró la importancia de los objetivos de la exposición:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gesticuló y se desplazó adecuadamente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Logró despertar interés por el tema tratado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Las inflexiones de la voz enfatizaron los aspectos importantes del contenido:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Adoptar conducta de distraimiento (muletillas, gestos impropios, posiciones indebidas, etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estableció relación entre la apertura de la exposición, su desarrollo, el cierre y/o conclusiones a que llega:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Concluye el tema, dejando planteadas inquietudes o interrogantes con dicho tema:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los asistentes formularon preguntas e intervinieron:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aceptó y aclaró las ideas o preguntas de los asistentes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se adecuó al tiempo previsto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tuvo destreza como expositor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Acudió al recurso audiovisual e impreso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Apoyo Bibliográfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aporte de avances y/o nuevos conocimientos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Fue buena la calidad del contenido expuesto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONA QUE EVALUA: DOCENTE DE LA CATEDRA O PROFESOR GUIA _____

CALIFICACION DEFINITIVA: _____ FIRMA: _____

INSTRUCTIVO N° 6

CATEDRA O SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOJA DE EVALUACION DE TODOS LOS CURSANTES A SER LLENADA EN CADA CUATRIMESTRE

LAPSO DE LA EVALUACION: DEL / / /
AL / / /

(AC) (T) (CR) (RH)

NOMBRE DEL CURSANTE	AÑO	MES:				MES				MES:				MES:				CALIF. DEF.	
	CURSO	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		

OBSERVACIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS: Puede usar el dorso de esta página y el responsable (s) de la Evaluación entregarlo al Profesor Guía.

FECHA DE ENTREGA: _____

INSTRUCTIVO N° 7

CATEDRA O SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOJA DE EVALUACION DE TODOS LOS CURSANTES POR AÑO

AÑO: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL CURSANTE	(AC)			(T)			(CR)			(RH)			Nota
	1/Año	2/Año	3/Año	1/Año	2/Año	3/Año	1/Año	2/Año	3/Año	1/Año	2/Año	3/Año	Def.

CONCLUSIONES

Se realiza con la presentación del presente documento un análisis de cómo realizar una mejor evaluación sistemática y metodológica de todas las actividades que tienen los Cursantes de Postgrado de Medicina Interna.

Se consideran los diferentes aspectos académicos asistenciales y éticos que tienen importancia en la formación del Cursante, considerándose que toda evaluación debe ser justa, equitativa, imparcial y permanente para lo cual se recomienda la introducción de la figura del Profesor Guía cuyas características y perfil son determinadas en esta oportunidad.

Por otra parte se hace un intento de cómo realizar la evaluación en forma práctica a través del estudio de una serie de parámetros que se consideran indispensables en la formación de todo Cursante de Postgrado y determinar en esa forma el verdadero perfil del egresado.

Cada Servicio o Cátedra podrá recurrir a este sistema y adaptarlo a los factores locales por lo cual, puede considerarse este trabajo sólo como un punto de consideración para lograr la necesaria evaluación académica de los Postgrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina Interna. Normas de Rendimiento Mínimo y Condiciones de Permanencia de los Cursantes de Postgrado de Especialización en la Facultad de Medicina U.C.V. Marzo, 1993 (Folleto).
2. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Normas de Evaluación del Aprendizaje. 1993 (Folleto).
3. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Comisión de Estudios de Postgrado II. Curso de Tutores. Material de Apoyo Complementario. Octubre, 1994.
4. Garrico G, Otazua J. Síndrome de Adaptación de Residentes de Postgrado de Medicina Interna. Tesis Especial de Investigación U.C.V. Julio, 1991.
5. Cátedra de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas U.C.V. Planillas de Evaluación de Residentes de Postgrado. (Formato) 1992
6. Universidad Central de Venezuela. Comisión de Estudios de Postgrado. Cátedra de Puericultura y Pediatría Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos". Residencia Universitaria de Postgrado de Puericultura y Pediatría. Procedimiento de Evaluación Longitudinal de Cursantes de Postgrado. Instructivo para la Evaluación en los Servicios y Consultas. 1991.
7. Cook TD, Reichardt ChS. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Ediciones Morata (1992).
8. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation. San Francisco. Jossey-Bass Publishers. 1992.
9. Patton MQ. Utilization focused evaluation. SAGE Publications (Second edition) (Beverly Hills, Calif. 1988.
10. Salcedo Galvis H. Hacia un modelo adaptativo de evaluación educacional. Revista de Pedagogía (1994). Publicación de la Escuela de Educación de la UCV), N° 16, 13-26.
11. Universidad Central de Venezuela, Vicerrectorado Académico, Consejo de Estudios de Postgrado (1990). Jornadas de Análisis de los Estudios de Postgrado. Acta del Seminario Final (11-12 de Diciembre de 1989). Caracas.

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN PACIENTES MENORES DE 45 AÑOS. REVISIÓN DE 5 AÑOS (1989-1993) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Julio Castro M, Orleans Méndez C, Ectawa Avila, Claudio Núñez, Xurisali López*

RESUMEN

Los accidentes cerebrovasculares en personas menores de 45 años han pasado a ser un capítulo especial dentro de la patología neurológica, y los médicos internistas tienen que enfrentarse con una frecuencia cada vez mayor a esta patología. El siguiente es un estudio retrospectivo de casos para tratar de aclarar algunos aspectos clínicos y epidemiológicos sobre dicha entidad nosológica.

El estudio evaluó 24 pacientes con déficit neurológico agudo menores de 45 años hospitalizados en el Servicio de Medicina III, Hospital Vargas, Caracas, entre Enero de 1989 y Diciembre de 1993, encontrándose predominio de sexo femenino (17/24) (estadísticamente significativo P menor de 0,01). El promedio de edad para sexo femenino fue de 34,4 años (DS 8,1) y para sexo masculino 34,4 años (DS 4,4). Dominaron los fenómenos isquémicos sobre hemorrágicos (58,3% vs 33,3%). El 87,5% de los eventos evolucionaron hacia déficit establecido. El territorio comprometido estuvo relacionado con arteria cerebral media en el 64% de los casos sin dominancia hemisférica. La causa del déficit fue desconocida en el 50% de los casos. La evolución de los pacientes fue en el 62% de los casos hacia una limitación importante.

ABSTRACT

The cerebrovascular disease in patients younger than 45 years old have become an important issue in the neurological pathology and the primary care physician have to face even more frequently with pathology. This is a retrospective cases study to elucidate some clinicals and epidemiological aspects of this nosological entity.

The study review 24 patients with acute neurological ictus younger than 45 years old, ingressed in the internal medicine ward of the Hospital Vargas Caracas from January 1989 to December 1993. The preponderance of female (17/24) was of stadistical significance ($p < 0.01$). The mean age for female was 30.4 years (SD 8.1) and for male 34.4 years (SD 4.4). The isquemics strokes were more frequent that hemorragics ones (58.3% vs 33.3%). The 87.5% of the events progress to no transient deficit. The middle cerebral artery territory was compromised in 64% with no hemispheric dominancy. The cause of the ictus was of unknown origin in 50% of the cases. 62% of the cases were severe limited at the dismissal.

INTRODUCCION

Las enfermedades cerebrovasculares ocupan un rol importante en todo el mundo tanto por su frecuencia como por su importancia. En Venezuela para el quinquenio comprendido entre 1989-1993 ocupan la cuarta causa de mortalidad general,¹ para la misma fecha dicha patología ocupa el tercer lugar² como causa de muerte en el Servicio de Medicina III, Hospital Vargas, Caracas.

* Internistas - Departamento de Medicina
Servicio de Medicina Interna N° 3 - Hospital Vargas -
Cátedra de Clínica Médica A - UCV - Caracas

Los fenómenos cerebrovasculares en personas menores de 45 años han pasado a ser un capítulo importante en la casuística neurológica tanto debido a las causas que lo producen como al grupo poblacional que afecta. Estudios previos tanto extranjeros como nacionales^{3,4,5} han reportado una incidencia general que viene en aumento, lo cual nos obliga como clínicos a tratar de clarificar tanto los aspectos etiológicos como los aspectos epidemiológicos, diagnósticos y terapéuticos

Es por todas estas razones que se plantea un estudio retrospectivo con la finalidad de tratar de aportar datos que nos ayuden en el futuro a un manejo más integral de dicha patología y finalmente recomendar pautas tanto para trabajos prospectivos como retrospectivos que tiendan a entender esta entidad nosológica más cabalmente.

MATERIALES Y METODOS

El estudio en curso es una investigación retrospectiva de casos con déficit neurológico agudo con signos de focalización en menores de 45 años. Para el estudio de los casos se revisaron 35 historias de pacientes hospitalizados en el Hospital Vargas, Caracas, Servicio de Medicina III, codificadas con diagnóstico mencionado entre Enero de 1989 a Diciembre de 1994.

Los criterios de exclusión fueron: edad mayor de 45 años, diagnóstico de hemorragia subaracnoidea, o muerte antes de las primeras 48 horas.

Se transcribió la información de la historia a un formato diseñado especialmente para tal fin.

En lo concerniente a el análisis estadístico se utilizó promedios simples, medidas de tendencia central y significancia estadística (chi cuadrado) en las variables que así lo ameritaran.

RESULTADOS Y DISCUSION

1. Edad y sexo: (ver cuadro 1)

Se revisaron 24 historias con déficit neurológico agudo focal en pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina III, entre Enero de 1989 y Diciembre de 1993 que cumplieran con los requisitos del protocolo.

Con respecto a la distribución por sexo, se encontró 17 pacientes de sexo femenino y 7 masculino, lo cual constituye una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 24$, P menor que 0,01).

En lo referente a la edad de aparición del déficit, hay que destacar por una parte, que el 100% de los casos se trató de primeros episodios y por otra parte, que en el sexo masculino la incidencia de casos es similar para los diferentes grupos etáreos, aunque un poco mayor hacia el grupo de 36-45 años. En el sexo femenino por el contrario se observó que todos los casos se agrupan hacia las clases de mayor edad, 26-35 y 36-45 años. En este sentido, los autores nacionales¹ e internacionales² ya han descrito la preponderancia del sexo femenino en este tipo de patología, por factores múltiples como son: ingesta de anticonceptivos orales, alteraciones hormonales, fenómenos procoagulantes y mayor incidencia de enfermedades de tipo inmunológico. Igualmente observamos que el promedio de edad entre el grupo masculino fue de 34.4a (4,4 SD) y para sexo femenino 30a (8,1 SD) 1q.

CUADRO 1							
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO ACV EN PACIENTE JOVENES Hospital Vargas (1989-1993)							
Sexo	Pacientes	16-25a	%	26-35a	%	36-45a	%
Femenino	17	5	20.88	3	12.5	9	37.5
Masculino	7	0	0	3	12.5	4	16.6
Total	24	5	20.8	6	25	13	54.1

CUADRO 2

**DISTRIBUCION SEGUN TIPO
ACV EN PACIENTE JOVENES
Hospital Vargas (1989-1993)**

Tipo	Total	16-25a	26-35a	36-45a
Isquémico	14	4 (16.6)	3 (12.5)	7 (29.1)
Hemorrágico	8	1 (4.1)	1 (4.1)	6 (25)
No especificado	2	1 (4.1)	0 (0)	1 (4.1)
Total	24	6 (25)	4 (25)	14 (58.3)

**2. Tipo de accidente: (Hemorrágico vs Isquémico
(ver cuadro 2))**

En lo relativo al tipo de ACV, encontramos que la proporción de accidentes isquémicos fue mayor que la proporción de accidentes hemorrágicos 14/24 vs 8/24. Además los accidentes isquémicos estuvieron distribuidos de manera uniforme en los distintos grupos etáreos no así los eventos hemorrágicos, los cuales predominaron en el grupo de mayor edad; esto probablemente relacionado con fenómeno degenerativo a nivel vascular y a sumatoria de factores de riesgo, que apareciendo en la juventud, contribuyen con el tiempo a la progresión de la enfermedad.

Si bien la literatura universal cita relación similar en paciente de todas las edades³ con respecto a los eventos isquémicos, es probable que a medida que aumenta la edad la patología hemorrágica se haga más importante.

CUADRO 3

**DISTRIBUCION SEGUN EVOLUCION
ACV EN PACIENTE JOVENES
Hospital Vargas (1989-1993)**

Tipo	Pacientes	%
Establecido	21	87.5
A.I.T.	3	12.5
Total	24	100

Estudios nacionales^{1,4} han reportado valores que oscilan entre 40% y 70% para la citada relación, si bien alguno de estos estudios⁴ utilizan criterios de inclusión diferente.

**3. Evolución del evento:
(ver cuadro 3)**

Se observó que el porcentaje más importante 87,52% corresponde a déficit establecidos (mayor de 24 horas) y un pequeño grupo de AIT, 12,5%. Sin embargo como no todos los déficits neurológicos transitorios se hospitalizan, sino que aquellos considerados leves son evaluados ambulatoriamente,

esto debe ser analizado tomando en cuenta que podemos tener un subregistro de estos casos pues el estudio se basó en pacientes hospitalizados.

4. Territorios vasculares: (ver cuadro 4)

Este juicio fue elaborado en base a patrones clínicos en su mayoría y paraclínicos (TAC, arterografía, RMN).

CUADRO 4

**DISTRIBUCION SEGUN TERRITORIOS AFECTADOS
ACV EN PACIENTE JOVENES
Hospital Vargas (1989-1993)**

Territorio	Número	%
A. Cerebral Media Izq.	8	33.3
A. Cerebral Media Der.	7	29.1
A. Cerebral Ant. Izq.	1	4.1
A. Cerebral Ant. Der.	1	4.1
A. Cerebral Posrt. Iza.	1	
Tallo	1	4.1
No Esp.	4	16.6
Total	24	100

Llama la atención que sólo en territorios de arterias cerebrales medias se acumula un 62,4% de toda la patología, no encontrándose diferencia significativa respecto al hemisferio correspondiente. Le siguen en importancia, arterias cerebrales anteriores (8,2%, luego cerebral posterior (4,1%) y finalmente otros territorios (4,1%).

Al igual que en fenómenos neurológicos (independiente de la edad), las arterias más afectadas de manera importante son las cerebrales medias, más del 60%, lo cual es un dato ya bien conocido y citado^{5,6,7} y explicado en base a fenómenos hemodinámicos, elementos microvasculares, vasculares y geometría de dichos vasos. No se observó predominancia hemisférica en ninguno de los territorios afectados.

5. Causas: (ver cuadro 5)

Se intentó recabar de la historia la causa sospechada por el tratante que a juicio clínico y con ayuda de estudios diagnósticos, era la causa directa o coadyugante para la producción del fenómeno neurológico. A pesar de que la mayoría de los pacientes tenían algún tipo de estudio para tratar de aclarar las causas del evento, en el 50% de los casos no se encontró una causa específica, lo cual puede estar relacionado con: a) Imposibilidad de realizar todos los estudios pertinentes. b) Negativa del paciente a realizarse estudios invasivos o costosos. c) Poca sensibilidad de los métodos utilizados para aclarar la causa. Otros autores señalan frecuencias menores 20-30%.^{8,4,9} Probablemente

relacionado con factores tanto económicos como estrictamente clínicos.

En lo referente a causas atribuidas al evento, llama la atención por una parte, un porcentaje importante de HTA, 25%, si entendemos que estos son pacientes menores de 35 años, podemos suponer fenómenos hipertensivos de difícil control, poco conocimiento de la enfermedad por el paciente (asintomático) u otros fenómenos asociados (tóxicos, hipertensión secundaria); por otra parte la siguen en importancia las enfermedades del colágeno (12,5%) en las cuales hay fenómenos protrombóticos conocidos^{10,7,11} y están modernamente implicados en fenómenos tromboticos en toda la economía. Igualmente se observó 8,3% de casos con síndrome de hipercoagulabilidad no asociados a colagenopatías, siendo probable la dificultad de diagnósticos más específicos (déficit de factores antitrombóticos, antifosfolípidos o anticuerpo anticardiolipina), por la falta de recursos técnicos para el momento del estudio (89-93) de realizar las pruebas tendientes a concretar los diagnósticos mencionados. En lo referente a la patología tumoral se encontró un porcentaje de 4.1% lo cual es entendible teniendo en cuenta que las L:O:E: habitualmente se presentan con otro cuadro clínico.

6. Estudios diagnósticos

Con respecto a los estudios se observó que el 100% de los pacientes tenían al menos un estudio de imágenes (TAC, RMN, Arteriografía y/o Ultrasonido).

6.A Estudios de imágenes: (ver cuadro 6)

La TAC representa la herramienta diagnóstica más usada, lo cual es fenómeno ya universal en estos tipos de eventos, a pesar que desde el punto de vista causal en un gran porcentaje 70-80% no ayuda; pero juega un papel capital aunado a la clínica para establecer la diferencia entre hemorrágico e isquémico y así instaurar una terapéutica adecuada. En la casuística revisada el 79.1% de los pacientes se les realizó dicho estudio. Ignoramos las causas por las cuales no se realizaron al resto del grupo.

En lo referente a RMN se realizó en 13,5% de los casos, esto relacionado a sospecha clínica de compromiso de tallo o fosa posterior, lo cual se corroboró en el 75% de los estudios indicados¹² y en el caso restante se desconoce la indicación. Es posible que en el futuro se vea un mayor uso de este estudio sobre todo en el campo de resonancia con fase vascular.

Con respecto a la arteriografía, a pesar de ser un estudio invasivo se realizó en el 45,8% de los pacientes lo cual es comparable con otros centros^{12,13} donde prácticamente este estudio es parte

CUADRO 5		
DISTRIBUCION SEGUN CAUSAS ACV EN PACIENTE JOVENES Hospital Vargas (1989-1993)		
Causa	Número	%
HTA	6	25
Sd Hipercoag	2	8.3
E. Colágeno	3	12.5
Tumor SNC	1	4.1
Idiopáticos	12	50
Total	24	100

CUADRO 6

**DISTRIBUCION SEGUN ESTUDIOS DIAGNOSTICOS
ACV EN PACIENTE JOVENES
Hospital Vargas (1989-1993)**

ESTUDIO	Número	%
TAC	19	79.1
RMN	3	13.5
Arteriogénico	11	45.8
EEG	6	25
Ecocardiográfico	9	37.7
Aco Carot	3	12.5
Pot. Evoc.	1	4.1
P. Lumbar	4	16.2
PT-PTT	20	83.3
Coag. Esp.	4	16.6
ANCA	3	12.5
AAF	3	12.5
Inmunoemat.	13	54.1
VDRL	19	79.1

de la "rutina" en los pacientes jóvenes con AVC, por la importancia en este grupo etario de MAV y aneurismas.

El advenimiento de estudios cada vez más sofisticados y con mayor resolución hace suponer que en un futuro no lejano se pueda evaluar la patología de pequeños vasos en relación a la etiología del ACV en pacientes de edades como las evaluadas en el presente trabajo.

6.B Otros estudios

En lo referente a estudios ultrasónicos (ecocardiograma, eco duplex carotídeo) se realizaron con una frecuencia 37,5 y 12,5%

respectivamente, si bien las causas cardíacas como causa de eventos neurológicos agudo en pacientes jóvenes es baja,^{14,15} este tipo de estudios es importante para diagnosticar patologías graves potencialmente reversibles y tratables como endocarditis, trombos intracavitarios, además de la resolución cada vez mayor sobre todo del eco duplex de carótida en el diagnóstico de fenómenos obstructivos o embólicos a nivel vascular proximal, lo convierte en un arma diagnóstica no despreciable.

En cuanto a los estudios hematológicos, inmunológicos, destaca en importancia los estudios inmunológicos realizados en un 54,1% (células LE, AAN) probablemente relacionado con la sospecha de enfermedades del colágeno como productoras del fenómeno neurológico.

Otros estudios se realizaron en menor frecuencia, EEG (25%), potenciales evocados (4,1%), punción lumbar (16,2%); en cuanto a determinación de anticuerpo antifosfolípido (AAF) y anticuerpo anticardiolipina (ANCA) se realizó en 3 pacientes (12,5%) esto debido a que no se disponía del recurso en nuestro centro sino hasta el año 93.

7. Secuelas y tratamiento (ver cuadros 7 y 8)

7.A En lo referente al tratamiento resalta el uso de nimodipina en un 37,5%, lo cual es un valor bajo si tomamos en cuenta el alto porcentaje de eventos isquémicos; esto probablemente está relacionado con la dificultad económica de adquirir el medicamento por los pacientes.

CUADRO 7

**DISTRIBUCION SEGUN TRATAMIENTO
ACV EN PACIENTE JOVENES
Hospital Vargas (1989-1993)**

Droga	Número	%
Nimodipina	9	37.5
Aspirina	3	12.5
Persantín	2	8.3
Cinnarizina	1	4.1
Manitol	4	16.6

CUADRO 8

DISTRIBUCION SEGUN SECUELAS
ACV EN PACIENTE JOVENES
Hospital Vargas (1989-1993)

Secuelas	Número	%
Hemiparesia Izquierda	9	37.5
Hemiparesia Derecha	6	25
Disfasia	3	12.5
Monoparesia MSD	1	4.1
Monoplejía MII	1	4.1
Muerte	4	16.6
No secuela	3	12.5

Con respecto a la aspirina se utilizó en 12,5%, si bien no hay consenso respecto a su utilidad en fase aguda, si está bien establecido su efecto en profilaxis secundaria.

7.B Con respecto a las secuelas encontramos que un número importante de los pacientes (62%) presentaban déficit considerables (hemiparesia), esto cobra mayor importancia si se entiende el problema desde una perspectiva económica y social, dado que debido al grupo etario al que pertenecen están en el período más importante de su vida desde el punto de vista productivo e intelectual. Igualmente llama la atención el porcentaje de mortalidad (16,6%) correspondiendo estos casos a 3 hemorrágicos y 1 isquémico (lúpica), lo mismo que el porcentaje de pacientes sin déficit (12,5%) correspondiendo esto a los pacientes que tuvieron AIT, de lo cual se deduce que todos aquellos que no revirtieron en las primeras 24 horas tuvieron un funcional posterior pobre.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anuario de epidemiología y estadística vital, MSAS: 89-90-91.
2. López Y. Principales causas de hospitalización en Hospital Vargas, Caracas. Resumen. Congreso Venezolano de Medicina Interna. 1992.
3. Yafilgiola M, Colmenares Y. Principales causas de muerte en Servicio de Medicina III 890-93. Resumen Venezolano de Medicina Interna. 1994
4. Oporto M. Accidentes cerebrovasculares en jóvenes. Rev Ven de Neurol y Neuroc. 1989; 3 (2): 80-89.
5. Biller J, Adams HP. Diagnosis of stroke in young adults PGM. 81 (5): 141-145.
6. Bogousslavsky J, Reffi F. Isquemic stroke in adults younger than 30 years of age cause and prognosis. Arch Neurol. 1987; 44: 479-482.
7. Adams RD, Víctor M. Enfermedades cerebrovasculares en: Principios de neurología. Editorial Reverte. España. 1984; pp 544-615.
8. Kurtzke J. Epidemiology of cerebrovascular disease: The acute stroke. FA Davis, Philadelphia, 1985 pl.
9. Nenciñi P, Inzitari D. Incidence of stroke in young adults in Florence, Italy. Stroke. 1988; 19: 977-981.
10. Lacy JR, Fillely CM. Brain infarction and hemorrhage in young adults and middle age adults. In Toffol GJ: non traumatic intracerebral hemorrhage in young adults. Arch Neurol 1987; 44: 483-485.
11. Ferro JM, Crespo M. Young adults stroke: neuropsychological disfunction and recovery. Stroke 1988; 19: 982-986.
12. Ferro JM, Crespo M. Young adults stroke: neuropsychological disfunction and recovery. Stroke 1988; 19: 982-986.
13. Mettinger KL, Soderstrom CE, Allander E. Epidemiology of acute cerebrovascular disease before the age 55 in the Stockholm Country 1973-1977. Stroke 1984; 15 (5): 795-801.
14. Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección de Planificación y Estadística. Principales causas de muerte en Venezuela 1982-1986; p 19, 37, 40.
15. Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Bibliografía Médica Venezolana. 1980-1983 y 1984-1988.

MENINGITIS BACTERIANA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS SIGNOS DE IRRITACIÓN MENÍNGEA

Jennifer Farfás*, Fernando Boccalandro**, José D. Benatar**, Norman Brito**, Cristina Boccalandro***

RESUMEN

Se estudiaron retrospectivamente las características clínicas de mayor frecuencia en un grupo de 67 pacientes adultos con meningitis bacteriana a su ingreso, con el objeto de conocer los signos y síntomas claves que permitan realizar un diagnóstico más rápido y preciso que garantice un mejor pronóstico. Se encontró que los signos y síntomas más frecuentes fueron: Cefalea, fiebre, rigidez de nuca, náuseas y vómitos, alteración del estado de conciencia, signos de Kernig y Brudzinski y cambios de conducta. Igualmente se procedió a determinar la sensibilidad (SE) y especificidad (ES) de los signos de irritación meníngea. Rigidez de nuca (SE = 60,74% / ES = 55,73%), signo de Kernig (SE = 34,21% / ES = 91,80%) y signo de Brudzinski (SE = 38,16 / ES = 91,80%) para conocer objetivamente su verdadera utilidad clínica en el diagnóstico de meningitis bacteriana.

Palabras claves: Meningitis Bacteriana, Rigidez de nuca, Kernig, Brudzinski.

ABSTRACT

Sixty seven adult patients bacterial meningitis where retrospectively studied to determine the most frequently clinical signs at the admittance, to have a fast and accurate diagnostic approach for this disease to try to improve the

prognosis of this patients. The results show headache, fever, neck stiffness, dizziness and vomits, decrease consciousness, Kernig and Brudzinski signs and behavioral changes as the most frequently signs symptoms founded in patients with meningitis.

Also we proceed to study the sensibility (SE) and the specificity (ES) of the signs classically associated with meningeal insults (Neck stiffness (SE = 60,74% / ES = 55,73%), Kernig Sign (SE = 34,21% / ES = 91,80%) and Brudzinski Sign (SE = 38,16 / ES = 91,80%) to determine their own diagnostic significance in patients suffering bacterial meningitis.

Key words: Bacterial Meningitis, Neck Stiffness, Brudzinski Sign, Kernig Sign.

INTRODUCCION

La mayoría de los trabajos relacionados con meningitis son realizados en niños¹ y son escasos los que consideran las características semiológicas que acompañan a la clínica de esta patología en el adulto, las cuales son fundamentales para obtener una orientación diagnóstica precisa y rápida que permitan realizar los exámenes complementarios necesarios para confirmarlo. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico y la mortalidad en el adulto² la cual ha sido reportada en un 25-30%^{3,1} a pesar de los avances terapéuticos actuales, con variaciones según grupos etarios, sexo, agente etiológico y origen intra o extra hospitalario.^{4,5}

El objetivo de este trabajo es determinar los signos y síntomas más frecuentes encontrados al ingreso en pacientes con

* Residente de Tercer Año de Postgrado de Medicina Interna del Hospital Miguel Pérez Carreño - Medicina Interna

** Clínica San Pablo - Grupo de Investigación Clínica.

*** Residente del Hospital José Gregorio Hernández

meningitis bacteriana, con el fin de conocer cuales son las características clínicas relevantes, que nos permitan aumentar nuestra precisión diagnóstica ante un adulto con sospecha de meningitis. Igualmente se obtuvo la sensibilidad y especificidad para los signos de irritación meníngea asociados frecuentemente con esta patología (Signo de Kernig, Brudzinski⁶ y rigidez de nuca) para determinar su verdadera utilidad clínica específicamente en meningitis bacteriana.

PACIENTES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de meningitis bacteriana en el Hospital Miguel Pérez Carreño entre los años 1983 y 1993. Se tomaron como criterios de inclusión a pacientes con edad igual o mayor a 12 años, quienes presentaron al ingreso dos o más de los siguientes signos y síntomas: fiebre, cefalea, rigidez de nuca, Kernig y/o Brudzinski, fotofobia, cambios del estado de conciencia y un LCR con predominio de leucocitos polimorfonucleares (>56%), baja concentración de glucosa (<45 mg/%), gram y/o cultivos positivos. Se excluyeron aquellos pacientes que no tuvieran hematología o resultados de LCR y los que recibieron antibioticoterapia previa excepto los cuadros nosocomiales. Dicho estudio comprendió un número de 79 pacientes de los cuales 3 no ingresaron al estudio por no cumplir los criterios de inclusión o cumplir los criterios de exclusión. De los 76 pacientes revisados 13 (17,1%) fueron cuadros nosocomiales y 63 (82,89%) de la comunidad, (se definió como meningitis nosocomial aquella que apareció como mínimo 48 horas después del ingreso o una semana después del egreso⁵), 28 (36,84%) eran del sexo femenino y 48 (63,15%) del sexo masculino con edades entre 12 y 75 años ($x = 31,6$). De los pacientes estudiados 3 fallecieron.

En dichos pacientes se precisó la presencia de los siguientes signos y síntomas al ingreso: fiebre, cefalea, náuseas y vómitos, fotofobia, hipotermia, manifestaciones cutáneas, alteraciones de fuerza muscular, alteraciones de sensibilidad, de pares craneales, del nivel de conciencia, alteraciones de reflejos osteotendinosos, disartria, convulsiones, trastornos de la marcha, nistagmus, rigidez de nuca, Kernig, Brudzinski, opistótonos, Babinski, hallazgos del fondo de ojo, diplopia, alteraciones de campos visuales, ptosis, anisocoria, midriasis, rinorrea, alteraciones del ritmo y frecuencia cardíaca, ritmo y frecuencia respiratoria, contracturas musculares, artralgias, mialgias, signos y síntomas sugestivos de: sinusitis, faringitis, otitis externa, otitis media, amigdalitis e infección respiratoria baja.

De los pacientes estudiados con meningitis bacteriana se analizaron 66 (86,84%) cultivos, cuyos resultados fueron los si-

guientes: En 39 (59,09%) de ellos no hubo crecimiento, en 14 (21,21%) creció *Streptococo pneumoniae*, en 2 (3,03%) *Pseudomona auriginosa*, en 1 (1,51%) *Klebsiella pneumoniae*, en 1 (1,51%) *Enterobacter sp.*, en 1 (1,51%) *Stafilococo coagulasa* positivo, en 4 (6,06%) *Stafilococo coagulasa* negativo, en 2 (3,03%) *Neisseria meningitidis*, en 1 (1,51%) *E. coli* y en 1 (1,51%) *Acinetobacter sp.* De los pacientes con cultivos sin crecimiento se asumió el diagnóstico de meningitis bacteriana por los hallazgos compatibles de líquido cefalorraquídeo considerados como criterios de inclusión y la mejoría del cuadro con antibioticoterapia.

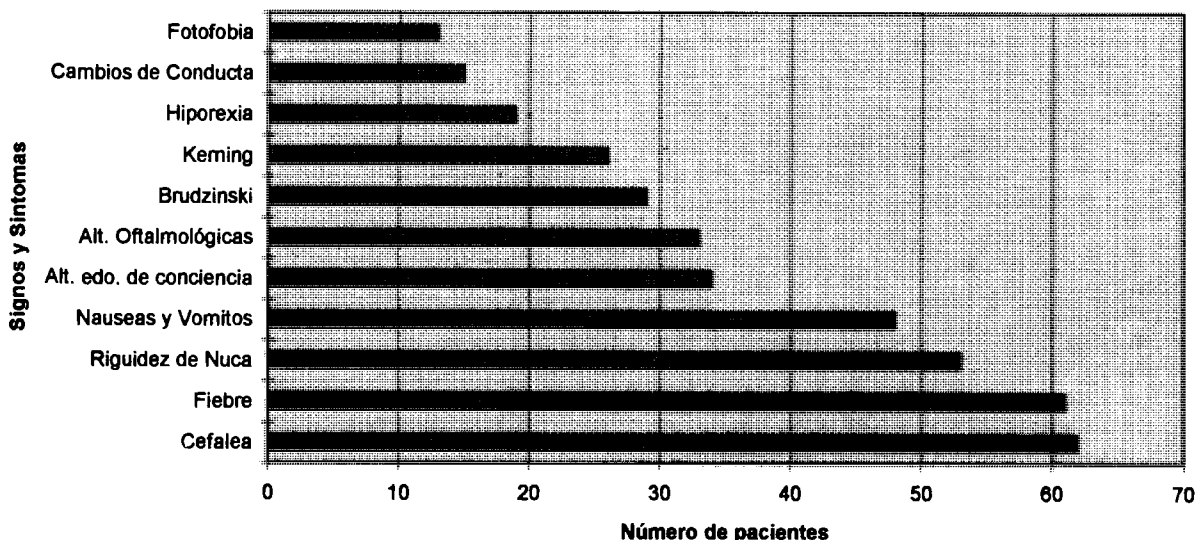
Para el cálculo de la sensibilidad y especificidad de los signos meníngeos (Rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski) se tomó los pacientes arriba mencionados para el cálculo de la sensibilidad de dichos signos y se realizó un nuevo estudio prospectivo al azar con 74 pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital Miguel Pérez Carreño entre octubre y diciembre de 1994 con distintas patologías médicas, excluyendo aquellos que ingresaron con meningitis para el cálculo de la especificidad.

De este segundo grupo 35 (41,29%) eran del sexo femenino y 39 (52,7%) del sexo masculino con edades entre 15 años y 91 años y un promedio de edad de 49,40 años. Las patologías encontradas en este grupo fueron (Figura 2): Cardiopatía isquémica 9 (14,75%), A.C.V. (Accidente cerebrovascular) 9 (14,75%) (De los cuales se encontraron 4 isquémicos y 5 hemorragias sub-aracnoideas), infección respiratoria baja 6 (9,83%), asma en 7 (11,47%), S.I.D.A. (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) 5 (8,19%), Insuficiencia cardíaca congestiva (I.C.C.) en 3 (4,91%), Leucemias 2 (3,27%), Neoplasias 3 (3,27%) y otras patologías 24 (39,34%). A todos los pacientes del grupo prospectivo se les realizó la prueba de Kernig, Brudzinski y se determinó la ausencia o presencia de rigidez de nuca, realizando todas las observaciones el mismo observador para disminuir en lo posible el error producido por la observación realizada en distintos pacientes por varios observadores. Una vez recolectados todos los datos se procedió a determinar la sensibilidad de estos tres signos meníngeos con los hallazgos positivos en el grupo retrospectivo con meningitis y la especificidad con los pacientes con hallazgos positivos en los pacientes con diagnósticos de otras patologías distintas de meningitis bacteriana.⁷

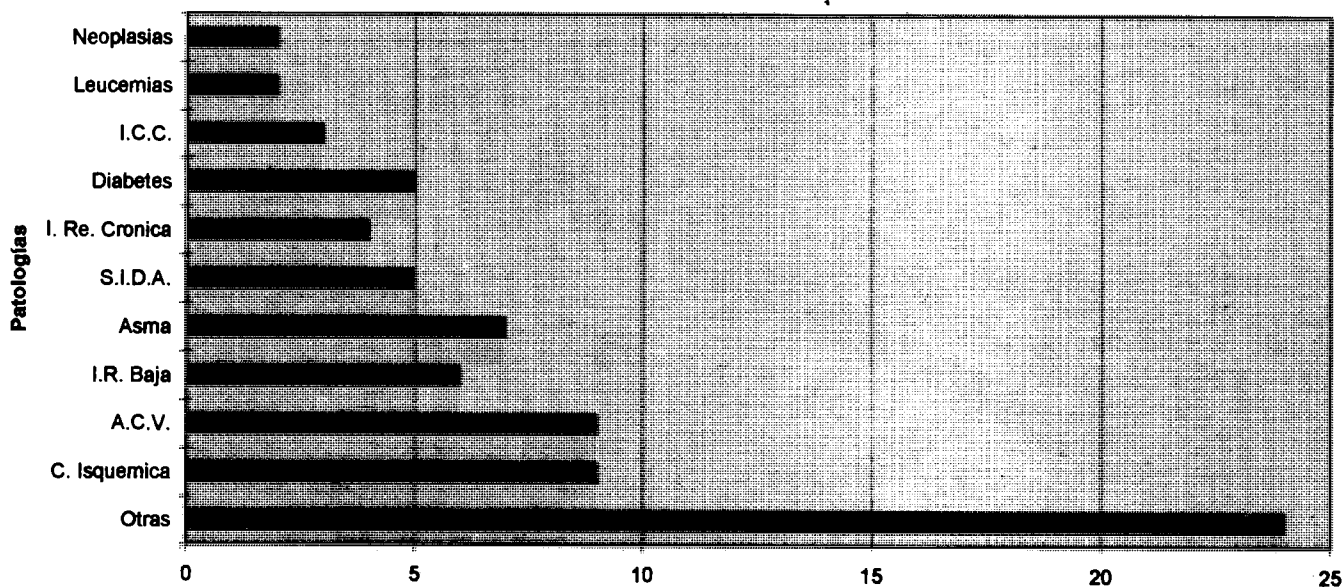
RESULTADOS

Del estudio retrospectivo de 76 pacientes con diagnóstico de meningitis 49 (64,47%) fueron del sexo masculino y 27 (35,53%) del sexo femenino con un promedio general de edad de 27,5 años, abarcando un rango entre 12 y 75 años. La mortalidad fue

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON MENINGITIS BACTERIANA (Figura 1)



PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN EL ESTUDIO DE ESPECIFICIDAD DE SIGNOS MENINGEOS (Figura 2)



de 3 pacientes que representa un 3,94% del total de los estudiados.

De los datos clínicos recolectados se reportó (Tabla I, Figura 1) Fiebre en 61 pacientes (80,26%), cefalea 62 (81,6%), náuseas y vómitos 48 (63,16%), fotofobia 13 (17,10%), hiporexia 19 (25%), manifestaciones cutáneas en 7 pacientes (9,21%): 3 (3,93%) erupciones inespecíficas, 1 (1,32%) petequias, equimosis 1 (1,32%), herpes SS 2 (2,63%). Alteraciones de fuerza muscular en 9 pacientes (11,84%) de los cuales 7 (9,21%)

fueron hemiplejías y 2 (2,63%) paresias, alteraciones de sensibilidad en 4 (5,26%); 1 (1,32%) presentó hipoestesias, 2 (2,63%) hiperestesias y 1 (1,32%) parestesias. Alteraciones de pares craneales se detectaron en: 6 (7,89%) del III par, 2 (2,63%) IV par, 1 (1,32%) del V par, 3 (2,63%) del VII y VIII par y 1 (1,32%) del XII par. El nivel de conciencia se encontró disminuido en 34 pacientes (44,73%) de los cuales 5 (6,58%) ingresaron estuporosos, 5 (6,58%) en coma y 24 (31,58%) somnolientos. Alteraciones de reflejos osteotendinosos en 1 paciente (1,32%), disartria en 4 (5,26%), convulsiones focales

TABLA I

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON MENINGITIS BACTERIANA		
Signo o Síntoma	N° Pac.	%
Cefalea	62	81,58
Fiebre	61	80,26
Rigidez de Nuca	53	69,74
Náuseas y Vómitos	48	63,16
Alt. edo. de conciencia	34	44,74
Alt. Oftalmológico	33	43,42
Brudzinski	29	38,16
Kernig	26	34,21
Hiporexia	19	25,00
Cambios de Conducta	15	19,64
Fotofobia	13	17,11

en 2 (2,63%) y convulsiones generalizadas en 7 (9,21%), trastornos de la marcha 2 (2,63%), nistagmus en 2 (2,63%), rigidez de nuca 53 (69,74%), Kernig 26 (34,21%), Brudzinski 29 (38,16%), opistotonos 3 (3,95%) y Babinski en 5 (6,58%). En los hallazgos del fondo de ojo (Tabla II) se reportó 10 (13,15%) con alteraciones, de los cuales 2 (2,63%) presentaron borramiento del disco óptico, 6 (7,89%) con edema de papila y 2 (2,63%) con alteraciones del pulso venoso, diplopia 3 (3,95%), alteraciones de campos visuales 1 (1,32%), ptosis 4 (5,26%), anisocoria 5 (6,58%) y midriasis 2 (2,63%). Rinorrea en 3 (3,95%), alteraciones del ritmo y frecuencia cardíaca 1 (1,32%), alteraciones del ritmo y frecuencia respiratoria en 2 (2,64%), contracturas musculares 4 (5,26%), artralgias 7 (9,21%), mialgias 7 (9,21%); signos y síntomas sugestivos de: Sinusitis 2 (2,63%), faringitis 8 (10,53%), otitis externa 5 (6,57%), otitis media 7 (9,21%), amigdalitis 8 (10,52%) e infección respiratoria baja en 5 (6,58%).

En cuanto al estudio de la sensibilidad y especificidad (Tabla III) de la rigidez de nuca, signo de Kernig y Brudzinski como signos orientadores en el diagnóstico de meningitis bacteriana,

TABLA II

ALTERACIONES DEL EXAMEN OFTALMOLOGICO EN PACIENTES CON MENINGITIS		
Signo o Síntoma	N° Pac.	%
Ptosis palpebral	4	5,26
Anisocoria	5	6,58
Midriasis	2	2,63
Miosis	0	0,00
Campos Visuales	1	1,32
Diplopia	3	3,95
Alt. III Par craneal	6	7,89
Alt. IV Par craneal	2	2,63
Alt. VI Par Craneal	0	0,00
<i>Examen de fondo de ojo:</i>		
Edema de Papila	6	7,89
Alt. Pulso Venoso	2	2,63
Borramiento del disco óptico	2	2,63
Total Fondo de Ojo:	10	13,16
Total General:	33	43,42

TABLA III

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE SIGNOS MENINGEOS PARA EL DIAGNOSTICO DE MENINGITIS BACTERIANA		
	Sensibilidad (∅)	Especificidad (*)
Rigidez de Nuca	69,74%	55,73%
Signo de Kernig	34,21%	91,80%
Signo de Brudzinski	38,16%	91,80%
(∅) = Estudio Retrospectivo (*) = Estudio Prospectivo.		

se encontró una sensibilidad en el grupo retrospectivo de 69,74% para la rigidez de nuca, de 34,21% para el signo de Kernig y de 38,16% para el signo de Brudzinski; encontrando una especificidad de 55,73% para la rigidez de nuca y de 93,44% para ambos signos (Kernig y Brudzinski) en el estudio prospectivo.

DISCUSION

Ultimamente con el avance de la antibioticoterapia y de la fisiopatología del proceso inflamatoria se ha observado una tendencia general a la disminución de la mortalidad por meningitis debida a los patógenos más frecuentes,⁸ encontrándose porcentajes entre 5 y 10% en niños,³ hasta del 30% en adultos,^{9,10} aumentando dicho porcentaje en ancianos.¹¹ Dependiendo del origen del cuadro se ha visto un 35% de mortalidad para meningitis nosocomiales y 25% para meningitis de la comunidad en adultos.¹ En nuestra revisión de 10 años encontramos una mortalidad del 3,94% de los cuales un solo caso fue de origen nosocomial, que representa un índice mucho menor del reportado en la literatura internacional. Esto podría ser explicado por la resistencia progresiva a la antibioticoterapia encontrada en otros países^{12,13,14} desde hace ya algunos años cuyo fenómeno se está comenzando ya a presentarse con una mayor frecuencia en nuestro medio.

Se encontró una mayor incidencia de meningitis en pacientes masculinos 64,47% con respecto a pacientes femeninos 35,53% lo cual está de acuerdo con lo señalado por otros autores^{15,4} y cuya razón no se encuentra bien descrita aún.

Los signos y síntomas más frecuentes en nuestro estudio fueron cefalea, fiebre, rigidez de nuca, náuseas y vómitos, alteración del estado de conciencia, signo de Kernig, signo de Brudzinski y cambios de conducta (Tabla I) los cuales coinciden con la literatura revisada^{11,1} siendo ellos los datos clínicos claves para establecer el diagnóstico presuntivo de meningitis. La presencia de convulsiones representa otro signo importante descrito en otras investigaciones,⁴ hallándose hasta 2/3 de los pacientes en las primeras 24 horas post admisión.¹ En este estudio únicamente se consiguió en 11,84% de los paciente, de ellos sólo 2,63% fueron focales y 9,21% convulsiones generalizadas, lo cual no representa un hallazgo que indique a este signo como un orientador diagnóstico de marcada importancia en nuestro grupo de pacientes. Pudimos determinar que las alteraciones del estado de conciencia al ingreso son un hallazgo clínico frecuente (44,47%) y consideramos relevante mencionar que su presencia no empeoró el pronóstico de los pacientes afectados, tal como había sido previamente expuesto por otro estudio realizado en ancianos.¹¹

Otro hallazgo resaltante fue la alta frecuencia de alteraciones al examen oftalmológico (Tabla III) (43,42%) de las cuales sólo 13,15% mostraron alteraciones en el fondo de ojo, lo que representa un porcentaje mayor que los expresados en otros reportes,¹ siendo esta parte del examen oftalmológico la que generalmente se hace con más detalle en pacientes con sospecha de meningitis según nuestra experiencia. Dichas alteraciones fueron 7,89% edema de papila, 2,63% alteración del pulso venoso y 2,63% borramiento del disco óptico. El 30,27% restante constituyen otras alteraciones tales como: ptosis palpebral, anisocoria, alteraciones del III y IV par craneal, alteraciones de campos visuales, diplopia, etc. Por lo tanto es importante realizar en definitiva un examen oftalmológico completo y no concentrarse únicamente en el examen fundoscópico, tomando en cuenta sin embargo que en muchas ocasiones completar el examen oftalmológico es de extrema dificultad en cuadros de meningitis por la disminución del estado de conciencia que sufren dichos pacientes.

Respecto a la sensibilidad y especificidad de los signos de irritación meníngea para el diagnóstico de meningitis bacteriana, es importante señalar que lo más exacto hubiese sido tomar ambos valores con sendos estudios prospectivos y no determinar uno de ellos mediante un grupo retrospectivo para evitar el error inherente a dicha metodología. A pesar de este error consideramos que la sensibilidad y especificidad encontradas son lo suficientemente confiables para valorar de una forma más objetiva su verdadera utilidad clínica en comparación con estudios previos.^{11,1} En cuanto a los signos estudiados (Rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski), podemos decir que los signos de Kernig y Brudzinski son signos de escasa utilidad para excluir la presencia de meningitis como posibilidad diagnóstica en pacientes con sospecha clínica, por poseer una sensibilidad baja (Tabla III) (34,21% = Signo de Kernig y 38,16% = Signo de Brudzinski), encontrando una sensibilidad algo más elevada para la rigidez de nuca (69,74%) para este fin; siendo en nuestro estudio menor para este último que la presencia en trabajos prospectivos.¹

La rigidez de nuca presentó una especificidad de 55,73% y los signos de Kernig y Brudzinski una especificidad de 91,80% para meningitis bacteriana. La especificidad de estos dos últimos signos se elevaría al 100% en este estudio, si tomamos en cuenta estos signos para procesos de irritación meníngea sin especificar el origen de la misma, puesto que la especificidad de 91,80% se obtuvo por la presencia de 5 pacientes con ambos signos positivos, sin meningitis pero con diagnóstico de hemorragia sub-aracnoidea, por esto ellos constituyen procedimientos semiológicos sencillos de gran utilidad para el diagnóstico de ambas patológicas.

CONCLUSIONES

Entre los diez signos y síntomas más importantes en los que se debe de centrar la historia clínica en pacientes con sospecha de meningitis para precisar de una forma más rápida y segura el diagnóstico (Tabla I, Figura 2), se encuentran dada las frecuencias halladas en este estudio la presencia de cefalea, fiebre, rigidez de nuca, náuseas y vómitos, alteración del estado de conciencia, signo de Kernig, signo de Brudzinski, hiporexia, cambios de conducta y fofobia; teniendo siempre presente que el pronóstico del paciente será proporcionalmente mejor en cuanto más rápido se haga el diagnóstico clínico para comenzar la terapéutica empírica de elección. Reuniendo todos los datos aportados por un examen oftalmológico sencillo pero completo [Movimientos extrínsecos, intrínsecos (Reflejo fotomotor, acomodación), agudeza visual, campimetría por confrontación y fundoscopia] se pueden obtener datos de peso para ayudarnos en el diagnóstico de pacientes con sospecha de meningitis (Tabla II), puesto que un alto número (43,42%) de pacientes con esta patología presentan alteraciones detectables mediante dicho examen.

En contraste con otros estudios determinamos que las convulsiones no representan una manifestación clínica cardinal para pacientes con meningitis al ingreso y que la disminución del estado de conciencia para ese momento no representa un índice de mal pronóstico para la evolución del paciente.

Por último pudimos determinar (Tabla III) que los signos de Kernig y Brudzinski poseen una alta especificidad para meningitis bacteriana (91,80% para ambos) y una sensibilidad bastante baja (34,21% - Kernig y 38,16% = Brudzinski), encontrando valores de sensibilidad y especificidad que podrían ser la cierta ayuda diagnóstica para la rigidez de nuca (Sensibilidad = 69,74% y Especificidad = 55,73%), siendo importante resaltar que en este estudio se pudo determinar una especificidad del 100% para los signos de Kernig y Brudzinski cuando se manejan como herramientas diagnósticas para determinar irritación meníngea inespecífica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Durand M, Calderwood S, Weber D, Miller S, Southwick F, Caviness V, Swartz MN. Acute bacterial meningitis in adults. *New Engl J Med*. 1993; 328 (1): 21-28.
2. Harris AA. Bacterial meningitis in the elderly. (Letter), *Arch Int Med* 1985; 145: 956-957.
3. Lebel MH, Freji B, Syrogiannopoulos G, Chirane D, Hoyt J, Stewart SM, Kennard B, Olsen KD, McCracken GH. Dexamethasone therapy for bacterial meningitis *New Engl J Med*. 1988; 319 (15) 064-971.
4. Durand M, Calderwood S, Weber D, Miller S, Southwick F, Caviness V, Swartz MN. Acute bacterial meningitis in adults. *New England Journal of Medicine*. 1993; 328 (1): 21-28.
5. Wenger J, Hightower A, Flackman R, Gaventa S, Broome C. Bacterial meningitis in the United States 1986: report of multistate surveillance study. *J Infect Dis* 1990; 162 (2): 1361-1223.
6. Taylor GH, Mills EL, Ciampi A, Berger R, Waters G, Gold R, McDonald N, Michaels R. The sequelae of hemophilus influenzae meningitis in school age children. *New Engl J Med*. 1990; 323 (24): 1657-1663.
7. Nielsen S, Sealy D, Schneider EF. The Aseptic meningitis syndrome. *American Family Physician*. 1993; 48 (5): 809-815.
8. Griner PF et al. Selection and interpretation of diagnostic tests and procedures: Principles and applications. *Ann Int Med* 1981; 94: 553-600.
9. Sheld WM. Meningitis Hospital Practice. 1991; 26 (5): 140-19.
10. Saez-Llorens X, Ramillo O, Mustafa MM, Mertsola J, McCracken GH Jr. Molecular pathophysiology of bacterial meningitis: current concepts and therapeutic implications. *J Pediatr*. 1990; 116 (3): 671-684.
11. Quagliarello V, Scheld M. Bacterial meningitis: pathogenesis, pathophysiology, and progress. *N Engl J Med*. 1992; 327 (12): 864-872.
12. Gorse G, Thrupp L, Nudleman K, Wyle FA, Hawkins B, Cesario T. Bacterial meningitis in the elderly. *Arch Int Med*. 1984; 144: 1603-1607.
13. Friedland IR, Klugman K. Failure of chloramphenicol therapy in penicillin-resistance pneumococcal meningitis. *Lancet* 1992, Feb. 15, 339: 405-408.
14. Harvey G, Gould IM, Douglas GJ. Penicillin-resistant pneumococcal meningitis. *Lancet* 1992, 340: 49-50.
15. Schaad UB, Sutter S, Gianella-Borradori A, Pfenninger J, Auckenthaler R, Bernath O, Chessex JJ, Wedgwood J. A comparison of ceftriaxone and cefuroxime for the treatment of bacterial meningitis in children. *N Engl J Med* 1990; 322 (3): 141-147.
16. Schelch WF, Ward JI, Band JD, Hightower A, Fraser DW, Broome CV. Bacterial meningitis in the United States, 1987 through 1981. *Jama*. 1985. 253: 12.
17. Taylor GH, Mills EL, Ciampi A, Berger R, Waters G, Gold R, McDonald N, Michaels R. The sequelae of hemophilus influenzae meningitis in school age children. *New Engl J Med*. 1990; 323 (24): 1657 - 1663.

MORBILIDAD SOMÁTICA DE LOS PACIENTES RECLUIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE BÁRBULA

Mary Cruz Guevara M*, José Gregorio Cova C.**

RESUMEN

Las condiciones ambientales están vinculadas con el estado de salud del individuo, ya que de una u otra manera intervienen en el desarrollo de algunas enfermedades.

Se hizo un estudio con el objetivo de conocer las patologías somáticas que afectaron a los pacientes recluidos en el Hospital Psiquiátrico de Bárbula y que ameritaron su ingreso al Servicio de Medicina Interna de dicho Hospital.

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 1989 y 1993.

Los datos obtenidos fueron tabulados y sometidos a técnicas de estadísticas descriptivas, frecuencias absolutas y relativas, promedio aritmético y la Desviación Standard.

Este estudio reveló un total de 213 hospitalizaciones en el Servicio de Medicina Interna en los 5 años. Las patologías somáticas que afectaron a los pacientes psiquiátricos fueron: desequilibrio hidroelectrolítico: 20,78%, síndrome diarreico con o sin parasitosis intestinal: 17,13%; infecciones de piel y tegumentos: 14,60%; desnutrición: 13,48%; traumatismos: 8,14%; afec-

nes pulmonares: 8,14%; alteraciones cardiovasculares: 5,5%; síndrome anémico: 5,03%; y otras patologías (diabetes mellitus, artritis, insuficiencias hepáticas, SIDA, etc.): 7,28% del total de los casos.

Palabras claves: Patología somática, Paciente psiquiátrico, Hospitalización psiquiátrica.

ABSTRACT

The environmental conditions are related to the health conditions of an individual, since, it intervenes in the development of some diseases.

A study was done with the objective of knowing the somatic pathology that affected the hospitalized patients at the Psychiatric Hospital of Barbula and that caused their hospitalization, at the Internal Medicine Wards of the mentioned Hospital.

A revision of the clinical histories 1989-1993, of the mentioned patient was made.

The data obtained were calculated and submitted to descriptive statistical techniques, absolute and relative frequencies, arithmetic averages and standard deviation systems.

This study has revealed a total of 213 admission in the Internal Medicine Wards in Five (5) years. The somatic pathologies that affected the psychiatric patients consisted of: hydroelectrolytic unbalance: 20.78%; diarrhea with o without intestinal parasitosis: 17.13%; infections of the derma and tegument: 14.60%; malnutrition: 13.48%; trauma: 8.14%; pulmonary dis-

* Internista - Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Psiquiátrico de Bárbula "Dr. José Ortega Durán - Valencia - Edo. Carabobo.

** Estudiante del 11° Semestre de Medicina de la Universidad de Carabobo.

ease: 8.14%; cardiovascular alterations: 5.55%; anemic syndrome: 5.03%; and other pathologies (diabetes, arthritis, hepatic insufficiency, aids, etc.): 7.28% of the total of the cases.

Key words: Somatic, Pathology, Psychiatric Patients, Psychiatric Resident Patient.

INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la Medicina se ha tratado de buscar una explicación etiológica de las enfermedades y por tanto se ha estudiado al hombre desde el punto de vista físico, mental y social,^{1,2} lo que ha permitido esclarecer muchas dudas con respecto a la patogenia y evolución de las enfermedades y poder llegar a la vía final de un diagnóstico preciso que proporcionara una terapéutica idónea.

Hoy sabemos que las condiciones ambientales están estrechamente relacionadas con la salud del individuo, tanto como los factores genéticos, biológicos, endocrinos, etc., que intervienen en el desarrollo de la enfermedad;^{2,3,4} así que, al razonar la aparición de un proceso patológico en el individuo o grupo, debemos conocer los condicionantes ambientales ligados a la pérdida de la salud.

Presentamos un estudio en donde mostramos cuáles fueron las patologías somáticas que afectan a los pacientes psiquiátricos reclusos en el Psiquiátrico de Bárbula, en el lapso comprendido entre 1989 y 1993.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes en 5 años.

Se aplicó un diseño de investigación tipo descriptivo.

Los datos obtenidos fueron tabulados y sometidos a técnicas de estadísticas descriptivas.

PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA

El Hospital Psiquiátrico de Bárbula "Dr. José Ortega Durán", desde su fundación, hace más de 40 años (dic. 1951,⁵ siempre ha contado con la figura del Internista, quien cumple un buen papel en la atención del paciente psiquiátrico y para lo cual disponía en un principio de un Servicio de Medicina Interna; el mismo estaba integrado al "Hospital de Somáticos" de la Colonia, en donde funcionaban también otros Servicios: Cirugía, Radiología, Ginecología, Odontología.⁵ En el Servicio de Medicina se atendían pacientes con las más variadas patologías somáticas, sin faltar una Sala para los Tuberculosos de la época. A medida que

fue transcurriendo el tiempo y con la venida de los cambios gubernamentales y socioeconómicos del país y las nuevas tendencias de las Instituciones psiquiátricas, este Hospital de Somáticos sufrió algunos cambios, fundamentalmente en su estructura física (aunque desaparecieron algunos Servicios), ya que después de ocupar una gran área (el actual Oncológico de Valencia) fue limitado a espacios más reducidos en diferentes sitios del Psiquiátrico. El Servicio de Medicina, desde hace unos seis años se encuentra en el Pabellón N° 3, en donde se ingresan pacientes psiquiátricos con alguna afección somática que necesitan de la terapéutica médica especializada del Internista y de los cuidados rigurosos del personal de enfermería destinado para tal fin. A pesar de todas las transformaciones de la Colonia Psiquiátrica, aún se mantiene vigente la labor del Internista en esta Institución.

En vista de que actualmente no se dispone de estudios estadísticos de morbilidad somática del paciente psiquiátrico de Bárbula, nos hemos planteado el presente trabajo con la finalidad de conocer esas patologías somáticas que afectaron a estos pacientes y que ameritaron su ingreso al Servicio de Medicina Interna de dicho Centro.

OBJETIVOS

General: Conocer las patologías somáticas que afectaron a los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Bárbula, que ameritaron su ingreso al Servicio de Medicina Interna de dicho Hospital

Específicos:

- 1) Conocer las patologías somáticas de los pacientes psiquiátricos, distribuidas por año.
- 2) Conocer las afecciones somáticas de los pacientes psiquiátricos, según tipo de patología psiquiátrica.
- 3) Determinar si las patologías somáticas fueron adquiridas intra o extrahospitalariamente.

POBLACION Y METODOS

Población

Consistió de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Psiquiátrico de Bárbula "Dr. José Ortega Durán", en el lapso comprendido entre 1989 y 1993.

Muestra

Todas las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Psiquiátrico, durante 5 años.

Procedimiento

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes en estudio, por año; las mismas fueron proporcionadas por el personal del Departamento de Historias Médicas del Hospital Psiquiátrico

Técnicas de instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se hizo por medio de la elaboración de un formato tipo formulario, en donde se transcribieron los datos pertinentes al estudio.

Técnicas de análisis

Los datos obtenidos en el presente trabajo fueron tabulados y sometidos a técnicas estadísticas descriptivas; frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central como el promedio aritmético y la Desviación Standard.

RESULTADOS

Se estudió un total de 214 pacientes que fueron hospitalizados durante los 5 años, 132 eran del sexo masculino (61.9%) de los casos, y 81 pacientes eran del sexo femenino (38.1%), con una edad comprendida entre 15 y 87 años y una media de 44.68. Los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes fueron: Esquizofrenia (40.37%), Trastornos mentales orgánicos (30.5%), Psicopatías (11.73%), Psicosis agudas (10.97%), Retardo mental (3.75%), y Psicosis afectivas (2.8%) (Cuadro N° 1).

La morbilidad somática de los pacientes psiquiátricos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Psiquiátrico, fueron: desequilibrio hidroelectrolítico: 74 (20.78%); síndrome diarreico: 61 (17.13%); infecciones de piel y tegumentos: 52 (14.60%); desnutrición: 48 (13.48%), traumatismos: 29 (8.14%) afecciones pulmonares: 29 (8.14%); alteraciones cardiovasculares: 19 (5.33%); síndrome anémico: 18 (5.55%); crisis convulsiva: 5 (1.4%); insuficiencia hepática y alcoholismo crónico: 4 (1.12%); diabetes mellitus: 3 (0.84%); artritis: 3 (0.84%); intoxicación por fármacos: 3 (0.84%); adbomen agudo: 3 (0.84%); puerperio: 2 (0.56%); Sida 1 (0.28%), infección urinaria: 1 (0,28%); y por necesidad del Servicio de origen: 1 (0.28%) (Cuadro N° 2). En un 77.46% estas patologías somáticas fueron adquiridas durante su hospitalización psiquiátrica en su pabellón de origen, y en un 22.53% el paciente provenía de su casa con la afección somática, la cual era un conocimiento o un

CUADRO N° 1

DIAGNOSTICOS PSIQUIAtricos
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BARBULA "JOSE ORTEGA DURAN" 1989-1993

Diagnósticos Psiquiátricos	1989	1990	1991	1992	1993	Total	%
Retardo Mental	2	1	3	-	2	8	3,75
Esquizofrenia	17	20	24	13	12	86	40,37
Trastornos Mentales Orgánicos	22	18	9	7	9	65	30,51
Psicosis Aguda	4	7	9	1	2	23	10,79
Psicosis Afectiva	-	2	-	1	3	6	2,81
Psicopatías	4	12	4	4	1	25	11,73
Total	49	60	49	26	29	213	99,99

Fuente: Historias Clínicas

CUADRO N° 2

**MORBILIDAD SOMÁTICA
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BARBULA "JOSE ORTEGA DURAN" 1989-1993**

	1989	1990	1991	1992	1993	Total	%
Desequilibrio Hidroelectrolítico	21	27	13	05	08	74	20,78
Síndrome Diarreico c/s Parasitosis	12	22	15	03	09	61	17,13
Desnutrición	18	12	13	-	05	48	13,48
Infecciones de Piel y Tegumentos	16	11	15	05	05	52	14,60
Traumatismos	05	08	09	03	04	29	8,14
Afecciones Pulmonares	05	08	09	06	01	29	8,14
Síndrome Anémico	04	03	09	-	02	18	5,05
Alteraciones Cardiovasculares	01	04	03	05	06	19	5,33
Infecciones Urinarias	-	-	-	01	-	1	0,28
Artritis	-	02	01	-	-	3	0,84
Diabetes Mellitus	-	-	-	01	02	3	0,84
Insuficiencia Hepática Alcoholismo	02	01	-	-	01	4	1,12
Sida	-	-	-	-	01	1	0,28
Intoxicaciones por Fármacos	-	02	-	01	-	3	0,84
Abdomen Agudo	02	-	01	-	-	3	0,84
Puerperio	-	01	-	01	-	2	0,56
Crisis Convulsiva	-	01	01	03	-	5	1,40
Necesidad de Servicio de Origen	-	-	-	-	01	1	0,28
Total	86	102	89	34	45	356	99,99

Fuente: Historias Clínicas

hallazgo al examen físico cuando iba a ser hospitalizado por reagudización de su enfermedad psiquiátrica de base.

Las afecciones somáticas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico de Retardo mental, fueron: desequilibrio hidroelectrolítico 4, síndrome diarreico con o sin parasitosis intestinal 5,

desnutrición 4, infección de piel y tegumentos 2, y afecciones pulmonares 1.

Las afecciones somáticas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, fueron: desequilibrio hidroelectrolítico 29, síndrome diarreico con o sin parasitosis intestinal 26,

CUADRO N° 3

MORBILIDAD SOMATICA
SEGUN LAS DIFERENTES PATOLOGIAS PSIQUIATRICAS
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BARBULA "JOSE ORTEGA DURAN" 1989-1993

	Retardo Mental	Esquizofrenia	T.M.O.	Psicosis Aguda	Psicosis Afectiva	Enf. Psicopáticas
Desequilibrio Hidroelectrolítico	5	29	22	7	1	11
Síndrome Diarreico c/s Parasitosis	5	26	24	3	1	2
Desnutrición	4	20	17	4	-	3
Infecciones de Piel y Tegumentos	2	27	9	8	-	6
Traumatismos	2	14	5	4	1	3
Afecciones Pulmonares	1	6	15	4	-	3
Síndrome Anémico	-	7	10	-	-	1
Alteraciones Cardiovasculares	-	9	7	2	1	-
Infecciones Urinarias	-	1	-	-	-	-
Artritis	-	1	1	1	-	-
Diabetes Mellitus	-	2	1	-	-	-
Insuficiencia Hepática Alcoholismo	-	1	-	3	-	-
Sida	-	-	1	-	-	-
Intoxicaciones por Fármacos	-	-	1	-	-	2
Abdomen Agudo	-	1	-	-	-	2
Puerperio	-	-	-	-	2	-
Crisis Convulsiva	-	-	2	-	-	3
Necesidad de Servicio de Origen	-	-	-	-	1	-

Fuente: Historias Clínicas

desnutrición 20, infección de piel y tegumentos 2, afecciones pulmonares 6, traumatismos 14, alteraciones cardiovasculares 9, síndrome anémico 7, diabetes mellitus 2, infección urinaria 1, artritis 1, insuficiencia hepática y alcoholismo 1, y abdomen agudo 1.

Las afecciones somáticas en pacientes con diagnóstico de trastornos mentales orgánicos, fueron: síndrome diarreico 24, desequilibrio hidroelectrolítico 22, desnutrición 17, afecciones pulmonares 15, síndrome anémico 10, infección de piel y tegumentos 9, alteraciones cardiovasculares 7, traumatismos 5,

crisis convulsiva 2, intoxicación por fármacos 1, artritis 1, diabetes mellitus 1, sida 1.

Las afecciones somáticas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico de psicosis aguda, fueron: Infecciones de piel y tegumentos 8, desequilibrio hidroelectrolítico 7, desnutrición 4, traumatismos 4, afecciones pulmonares 4, síndrome diarreico 3, insuficiencia hepática y alcoholismo crónico 3, alteraciones cardiovasculares 2, artritis 1.

Las afecciones somáticas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico en psicosis afectiva, fueron: puerperio 2, desequilibrio hidroelectrolítico, síndrome diarreico, traumatismos, alteraciones cardiovasculares y necesidad del servicio de origen, 1 caso de cada una.

Las afecciones somáticas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico de psicopatías, fueron: desequilibrio hidroelectrolítico 11, infecciones de piel y tegumentos 6, desnutrición 3, traumatismos 3, afecciones pulmonares 3, crisis convulsiva 3, síndrome diarreico 2, intoxicación por fármacos 2, abdomen agudo 2, y síndrome anémico 1.

En el Cuadro N° 3 se muestra un resumen sobre el número de patologías somáticas que afectaron a los diferentes tipos de pacientes psiquiátricos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El estado de salud del hombre no es "comprensible" sino es abordable bajo el concepto biológico y psicosocial; así, éste, con una enfermedad somática, ofrece unos rasgos "personales" tan acusados que confieren a su patología matices propios e individuales. Por otra parte, el entorno y el medio social del enfermo juegan un papel en cierta forma modeladora de la enfermedad, y a la vez el propio enfermo con su patología produce en el medio que lo rodea un impacto característico.¹¹

Sobre la base de este planteamiento es posible comprender que las patologías somáticas que afectaron a los pacientes psiquiátricos recluidos, en su mayoría, por largo tiempo, en el Psiquiátrico de Bárbula, tuvieron un mismo perfil: prevalecieron los trastornos hidroelectrolíticos (deshidratación), diarreas, infecciones de piel, desnutrición y traumatismos, los cuales fueron

comunes a la población estudiada y adquiridos intrahospitalariamente en un 77% de los casos; no hubo una significancia estadística entre la afección somática y el tipo de enfermedad psiquiátrica. Entonces, se puede deducir que "el entorno" en el que coexisten los pacientes psiquiátricos de Bárbula, es quizás un determinante fundamental en la patogénesis de las afecciones somáticas, más que la propia insania mental; aunque ésta no hay que dejarla a un lado para explicar la causa-efecto de algunas de ellas, como lo constituyeron por ejemplo, los traumatismos, producto de episodios de agresividad durante una crisis de agitación psicomotora del paciente psiquiátrico.

Por tanto, de una u otra forma en que se produjeron las afecciones somáticas de los pacientes psiquiátricos, este estudio proporciona una visión clara y objetiva de la situación de las instituciones psiquiátricas venezolanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Marti JL, Murcia MJ. Enfermedad Mental y Entorno Humano. Metodología e Investigación. Editorial Anthropos. Barcelona. 1988; 45-52.
2. Folas F. La Conducta Humana - Ecología Psiquiátrica, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1988; 97-100.
3. Vallejo Nagera JA. El Médico General y la Higiene Mental. Editorial Científico-Médica. Barcelona. 1985; 457-58.
4. Feldman M. El Médico y las Emergencias Psiquiátricas. Psiquiatría de Urgencia. Tercera Edición. Mediciencia Editores. Caracas. 1986; 11-28.
5. Tellez Carrasco PJ. Jornadas Conmemorativas del XXX Aniversario del Hospital Psiquiátrico de Bárbula "Dr. José Ortega Durán". MSAS.
6. Spitzer RL, Williams JB. Clasificación de los Trastornos Mentales. Tratado de Psiquiatría. Segunda Edición. Salvat. Barcelona. 1989; 594-602.
7. Lehmann HE, Cancro R. Síndromes Clínicos de Esquizofrenia: Tipos. Tratado de Psiquiatría. Segunda Edición. Salvat. Barcelona. 689-691.
8. Cie 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Publicación de la O.M.S. Madrid. 1992; 50 y 167.
9. Diagnostic criteria from DSM-III-R. The American Psychiatric Association. Washington. 1989; 11: 97.
10. Wells ChE. Síndromes Orgánicos - Tratado de Psiquiatría. Segunda Edición. Salvat. Barcelona. 1989; 844-875.
11. Ballus C. Psiquiatría y Medicina. Mediciones Internas. Undécima Edición. Ediciones Doyma. Barcelona. 1988; 1421.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE SÍNDROME DE SWEET TRATADO CON DAPSONA

Henry J. Montes*, Nerva Buitrago de Cristancho**

RESUMEN

El Síndrome de Sweet se caracteriza por fiebre, placas eritematosas, edematosas y dolorosas, de distribución asimétrica, leucocitosis en sangre periférica e infiltración de la dermis por neutrófilos. Puede ser de origen idiopático o estar asociado a enfermedades mieloproliferativas y a tumores sólidos. Responde rápidamente a la administración de corticosteroides pero las enfermedades cardiovasculares y metabólicas limitan su uso y frecuentemente se observan recaídas. Presentamos un caso típico de Síndrome de Sweet que presentó artritis, episcleritis y proteinuria que evolucionó satisfactoriamente con el uso de Dapsona, sin recidiva luego de dos años de seguimiento.

Palabras claves: Síndrome de Sweet, Dermatitis Neutrofílica Febril Aguda, Dapsona.

ABSTRACT

Sweet's Syndrome is characterized by fever, painful erythematous and edematous plaques, asymmetrically distributed, leukocytosis of the blood and infiltration in the dermis of mature neutrophils. It can be idiopathic or associated with autoimmune myeloproliferative disorders and solid tumors. It rapidly respond to corticosteroid therapy but

metabolic or cardiovascular disease limit steroid use and frequently relapses once the treatment is withheld. We present a patient which fulfilled the diagnostic criteria of Sweet's Syndrome, but also presented arthritis, episcleritis and proteinuria and had a successful response to treatment with Dapsone, without relapsing after two years of follow-up.

Keys words: Sweet Syndrome, Acute Neutrophilic Febrile Dermatitis, Dapsone.

INTRODUCCION

La primera descripción del Síndrome de Sweet (SS) se realizó en 1964,¹ partiendo de la observación de ocho casos valorados en el General Hospital of Plymouth por Robert Douglas Sweet, quien acuñó el término de Dermatitis Aguda Febril Neutrofílica debido al inicio agudo de la fiebre, leucocitosis y placas eritematosas infiltradas por neutrófilos. Este investigador describió cinco características cardinales: fiebre, neutrofilia, lesiones en placa, eritematosas, asimétricas, infiltrado de neutrófilos maduros en la dermis y respuesta rápida a los esteroides. Posteriormente se ha descrito el compromiso de múltiples órganos (ojos, riñón, pulmón, corazón)²⁻¹¹ y se ha asociado a diversas patologías benignas y malignas^{5,12,23,24} considerándose como un marcador de enfermedad sistémica.

Presentamos un caso Síndrome de Sweet (SS) en una mujer quien fue tratada con Dapsona por su efecto sobre la función quiniotáctica del polimorfonuclear,¹³ la disponibilidad del medicamento y sus pocos efectos colaterales, obteniendo una respuesta favorable, sin recidivas.

* Internista del Centro Ambulatorio Médico Odontológico de la Universidad de Los Andes - Profesor Asistente ULA.

** Médico Dermatólogo del Hospital Universitario de Los Andes - Profesor Titular ULA.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 37 años de edad, casada, doméstica del medio rural del Edo. Mérida, quién consultó por presentar lesiones en piel y mal estado general. Siete (7) días antes de su ingreso presentó odinofagia, malestar general y fiebre no cuantificada; dos días después aparecen lesiones eritematosas, dolorosas, localizadas en cuello, que luego se diseminaron a tórax anterior, cara, extremidades superiores e inferiores.



Figura 1. Lesiones en cuello que dan aspecto de vesiculación.



Figura 2. Lesiones en cuello después de 8 días de tratamiento con Dapsona.

Concomitantemente presentó compromiso del estado general dado por anorexia y adinamia por lo cual consultó a nuestra institución (Hospital Universitario de los Andes) (Figura 1).

Antecedentes Familiares y Antecedentes personales: sin importancia

Examen físico:

TABD decúbito: 120/70 mmHg, FC: 100 x' FR: 16 x'. Paciente en malas condiciones generales, afebril, hidratada, consciente. Facies álgida. Presentaba lesiones en placa eritemato-violáceas de bordes definidos, de 1 a 7 centímetros de diámetro, de superficie mamelonada dando el aspecto de vesiculación, localizadas en cara, pabellón auricular izquierdo, cuello, cara anterior de tórax, extremidades superiores, manos incluyendo palmas. En el dedo pulgar de la mano izquierda presentaba una lesión ampollar hemorrágica. En la región tibial de miembros inferiores se encontraron lesiones eritemato-nodulares. Las lesiones eran exquisitamente dolorosas a la palpación. En todas las articulaciones interfalángicas proximales existía dolor, rubor, aumento de volumen e impotencia funcional (Figura 2).

Se observó inyección conjuntival bilateral a predominio derecho. Faringe de aspecto granuloso y congestivo. Cuello doloroso a la movilización debido a las lesiones, sin adenopatías, ni tumoraciones (Figura 3).

Resto del examen físico sin lesiones.

Comentario Clínico:

Se planteó un diagnóstico presuntivo de Síndrome de Sweet y como diagnósticos diferenciales Eritema multiforme y Hansen reaccional entre otros.

Exámenes paraclínicos:

Hb: 14,7 gr%, Hto: 43 vol%, GB: 17200 x mm³ Seg, Neutrófilos: 71%, Linfocitos: 23%, Eosinófilos: 1%, Plaquetas: 290.000 x mm³,

Reticulocitos: 0,5%. Resto del estudio hematológico fue normal. Glicemia: 80 mg%, Creatinina: 0,7 mg%, Colesterol total: 175 mg%, TGO: 15 U, TGP: 14 U. Fosfatasa alcalina: 66 U. VDRL, CH50, Vía alterna, AAN, ALSO, Factor reumatoideo, Alfa 1-antitripsina, Proteína C reactiva, resultados dentro de los límites normales. Prueba de embarazo negativa.

El examen de orina reportó proteinuria de una cruz por lo cual se le practicó proteinuria de 24 horas encontrándose sólo trazas de proteínas. Rx de tórax y electrocardiogramas sin anormalidades. Baciloscopia para Hansen negativa

Biopsia para histopatología:

Biopsia de nódulo y de una placa de tórax evidenciaron: epidermis sin alteraciones evidentes, con separación en la unión dermoepidérmica focal, edema de la dermis papilar. Vasos capilares dilatados y paredes engrosadas, infiltrado denso, mixto con predominio de polimorfonucleares en disposición perivascular, escasa fragmentación nuclear (leucocitoclasia). En la dermis profunda se observa infiltrado denso mixto, con predominio polimorfonuclear y de localización perianexial. Hallazgos compatibles con Síndrome de Sweet.

Biopsia para inmunofluorescencia de piel sana y enferma: no se observaron depósitos de inmunocomplejos con anti-IgG, anti-IgA, anti-IgM y anti-C3.



Figura 3. Lesiones típicas con aspecto de vesiculación en espalda.

Estudios Especiales.

Oftalmológico: Conjuntivas moderadamente hiperémicas, vasos episclerales dilatados. Fondoscopia normal. Conclusión: Epiescleritis bilateral.

Ginecológico: Cervicitis crónica activa.

Gastroenterológico: Endoscopia de vías digestivas superiores reportado como normal.

Evolución:

Se decide iniciar tratamiento a base de Dapsona a dosis única de 100 mg diarios vía oral. A los cuatro días de iniciado el tratamiento se nota una mejoría general evidente, observándose aplanamiento de las lesiones con coloración eritemato-violáceas y exfoliación de las manos. A los diez días de tratamiento hay exfoliación en los brazos y antebrazos. A nivel de la zona pretibial desaparecieron los nódulos para dejar máculas levemente hipercrómicas. Dos semanas más tarde se realiza control hematológico reportando: Cuenta Blanca: 4.700 x mm³ Seg, Neut: 55,4%, Linfo: 41,1%. Los valores de la química sanguínea se mantuvieron dentro de los límites normales. La proteinuria leve desapareció. Se decide el alta, manteniendo el tratamiento con Dapsona hasta cumplir los 32 días de tratamiento planificado. Se toman muestras de control para las pruebas inmunológicas encontrándose dentro de límites normales. La paciente ha permanecido asintomática durante dos años de seguimiento.

DISCUSION

El Síndrome de Sweet (SS), es una enfermedad poco frecuente, recurrente, caracterizada por múltiples placas eritematosas, calientes, muy dolorosas y característicamente no pruriginosas; distribuidas en cara, cuello, parte superior del tórax, brazos y piernas. Las placas y pápulas frecuentemente presentaban una superficie mamelonada simulando vesículas, lo que se ha llamado imagen de vesiculación^{3,21} y se asocia con fiebre, altralgias y leucocitosis periférica.¹⁴

El paciente suele presentarse con afectación del estado general y con facie de enfermo grave, febril lo cual es un síntoma frecuente

que aparece en el 48%-83% de los casos.^{2,3} Artralgias o artritis ocurre entre el 33% al 62% de los pacientes.^{3,4} El compromiso ocular ha sido reportado entre el 6% al 72%^{2,4} pero los datos de grandes series,^{3,5} indican que este evento se pudiera esperar en la tercera parte de los pacientes con el síndrome.

La enfermedad tiene una distribución normal y no se observa predilección por raza. Existen datos limitados sobre la incidencia y prevalencia del Síndrome de Sweet, existiendo variaciones de 1 caso por 250 habitantes² hasta 2,7 casos por 10⁶.³ Datos de 176 pacientes de un total de siete series demuestran una incidencia mayor en el sexo femenino 3,7:1,^{12-4,15-18} sin embargo el estudio más reciente reveló poco predominio del sexo femenino 2,3-2,8:1.¹⁸ La media de la edad fue de 52,6 años con una alta incidencia en la cuarta a la séptima década de la vida. En niños han sido reportados veintisiete casos. La relación sexo femenino/masculino es cerca de 1/1 y ocurren dos picos de incidencia máxima, uno en el primer año de vida y otro entre los 6-12 años.^{5,19,20}

El SS puede ser clasificado en cuatro grupos: clásico, idiopático, parainflamatorio y paraneoplásico con predominancia del grupo paraneoplásico, quizás por la tendencia a publicar el síndrome asociado a enfermedades severas.⁵

Se ha tratado de explicar la patogénesis de la enfermedad por diversos procesos como vasculitis por inmunocomplejos, activación de células T y alteraciones funcionales de los neutrófilos entre otros.¹⁵

El principal hallazgo histológico es un infiltrado de células mononucleares y numerosos neutrófilos con leucocitoclasia, marcada vasodilatación y edema del endotelio vascular con moderada extravasación de eritrocitos y edema prominente de la parte alta del corion permitiendo la formación de vesículas o bulas.^{1,22}

Se han reportado compromiso de otros órganos tales como pulmón, corazón, hígado y hasta sistema nervioso central.^{5,6-11} Las alteraciones más características de laboratorio son: elevación de la velocidad de sedimentación globular, leucocitosis a predominio de neutrófilos segmentados, linfopenia moderada, disminución de la hemoglobina, aumento de la α_2 -globulina y aumento en los niveles de la proteína C reactiva⁵

El SS se ha asociado a diversas enfermedades tales como: enfermedades mieloproliferativas, enfermedad de Behcet, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, síndrome de Sjögren, Lupus eritematoso, Tiroiditis, Artritis Reumatoidea, enfermedades del tejido conectivo, enfermedades infecciosas, hepatitis crónica activa e infección por HIV. Se ha asociado también a

carcinomas sólidos de: mama, síndrome postmastectomía, estómago, próstata, útero y vagina, colon y recto, testículos, pulmón y bronquios, laringe, tiroides, vejiga, riñón y piel (melanoma). El embarazo, vacunación deficiencia de complemento, linfadenitis necrotizante subaguda, sarcoidosis, obstrucción ureteral, contacto exógeno con pimienta, síndrome de POEMS, han sido relacionados con el SS.^{5,12,23,24}

La terapia standard utilizada para el SS son los esteroides por vía oral. El potasio yodado es ampliamente usado como alternativa pero puede causar vasculitis. La Dapsona, Colchicina, Ciclosporina y otras drogas pueden ser usadas como alternativas y usadas de primera línea cuando sean casos recurrentes.⁵

Presentamos un caso típico de SS, en una mujer adulta, campesina, con un cuadro inflamatorio crónico de cuello uterino, sin ninguna otra patología desencadenante o relacionada con el síndrome, con resultados sorprendentemente favorables a las 72 horas de iniciado el tratamiento con la Dapsona por vía oral, manifestándose por mejoría del estado general, aplanamiento de las lesiones papulares y nodulares. Se cumplió un ciclo de 32 días sin necesidad de aumentar la dosis y sin aparición de recidivas al suspender el tratamiento, con resolución de todas las lesiones, sugiriendo que Dapsona pudiera ser un tratamiento de primera línea en los casos de Síndrome de Sweet.

CONCLUSIONES

1. El Síndrome de Sweet es una enfermedad con compromiso multiorgánico, que puede comportarse como Marcadador de Enfermedad Sistémica.
2. La importancia de realizar el diagnóstico del síndrome de Sweet consiste en la demostración de enfermedades asociadas y en el seguimiento del caso por su alta asociación con síndromes hematológicos y/o neoplásicos.
3. El uso de la Dapsona por su disponibilidad, bajo costo y pocos efectos colaterales debería ser un medicamento de primera línea para tratar esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sweet RD: An Acute Febrile Neutrophilic Dermatitis. Br Dermatol 1964; 74:349-356.
2. Guanawardena DA, Guanawardena KA, Ratnayaka MRS, et al: The Clinical Spectrum of Sweet's Syndrome (Acute Febrile Neutrophilic dermatitis): a report of eighteen cases. Br. Dermatol 1975; 92:363-373.

3. Kemmett D, Hunter JAA: Sweet's Syndrome: A Clinicopathologic review of twenty-nine cases. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23:503-507.
4. Smolle J, Kriebach H: Acute Febrile Neutrophilic Dermatitis (Sweet Syndrome): a retrospective clinical and histological analysis. *Hautarzt* 1990; 41:549-556.
5. Peter von den Driesch, MD Erlangen: Sweet's Syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:535-556.
6. Gibson LE, Dicken CH, Flach DB: Neutrophilic dermatoses and myeloproliferative diseases: report of two cases. *Mayo Clin Proc* 1985; 60:735-740.
7. Cohen PR, Kurzrock R: Chronic myelogenous leukemia and Sweet's Syndrome. *Am J Hematol* 1989; 32:134-137.
8. Takimoto CH, Warnock M, Golden JA: Sweet's syndrome with lung involvement. *Am Rev Respir Dis* 1991; 143:177-179.
9. Bourke SJ, Quinn AG, Farr PM, et al: Neutrophilic alveolitis in Sweet's syndrome *Thorax* 1992; 47:572-573.
10. Dunn TR, Saperstein HW, Biederman A, et al: Sweet syndrome in a neonate with aseptic meningitis. *Pediatr Dermatol* 1992; 9:288-292.
11. Chiba S: Sweet's syndrome with neurologic signs and psychiatric symptoms [Letter]. *Arch Neurol* 1983; 40:829.
12. Tal A, Jones RK: POEMS syndrome in association with Sweet's syndrome: A new variant?. *J Tenn Med Assoc* 1993; 86:145-146.
13. Wozel G, Barth J: Current Aspects of Modes of Action of Dapsone. *Int J Dermatol*, 1988; 27(8):547-552.
14. Stanley GB: Enfermedades Microbacterianas: Lepra. En: *Dermatologia en Medicina General*. TB Fitzpatrick, AZ Eisen, K Wolff, IN Freedberg, KF Austen (Eds). Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 1987; 2415-2449.
15. Hommel L, Harms M, Saurat J-H: The Incidence of Sweet's Syndrome in Geneva: a retrospective study of 29 cases. *Dermatology* 1993; 187:303-305.
16. Delabie J, De Wolf Peeters C, Mooren M, et al: Histiocytes in Sweet's Syndrome. *Br Dermatol* 1991; 124:348-353.
17. Butzmann C: Akut Febrile Neutrophile Dermatoze (Sweet-Syndrom). Promotionschrift, University of Düsseldorf, 1992.
18. Sitjas D, Puig L, Cuatrecasas M, et al: Acute Febrile Neutrophilic Dermatitis (Sweet's Syndrome). *Int J Dermatol* 1993; 32:261-8.
19. Collins P, Rogers S, Keenan P, et al: Acute febrile neutrophilic dermatosis in childhood (Sweet's Syndrome). *Br. J Dermatol* 1991; 124:203-206.
20. Clemmensen OJ, Menne T, Brandrup F, et al: Acute febrile neutrophilic dermatosis: a marker of malignancy?. *Acta Derm Venerol (Stockh)* 1989; 69:52-58.
21. Braverman IM: Neutrophilic Dermatoses. En: *Skin Signs of Systemic Disease*. IM Braverman (eds). WB Saunders Company, Philadelphia 1981; 753-760.
22. Jordaan HF: Acute febrile neutrophilic dermatosis: a histopathological study of 37 patients and a review of the literature. *Am J Dermatopathol* 1989; 11:99-111.
23. Klock JC, Oken RL: Febrile neutrophilic dermatosis in acute myelogenous leukemia. *Cancer* 1976; 37:922-927.
24. Cooper PH, Innes DJJ, Greer KE: Acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet's Syndrome) and myeloproliferative disorders. *Cancer* 1983; 51:1518-1526.

INMUNODEFICIENCIA POR DÉFICIT DE FACTORES DEL COMPLEMENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pedro Gómez*, Antonella Marcotulio*, Ramón Castro**, Guillermo Boggiano**

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 47 años que inició su sintomatología en 1987 con infecciones en piel que respondieron a antibioticoterapia. Persistencia de lo antes descrito hasta 1993 cuando se ingresa por presentar además de Piodermatitis, infección urinaria y absceso tubo-ovárico izquierdo. Paralelo al aislamiento microbiológico, se investigó Inmunodeficiencia, sólo detectándose Factores de Complemento (C3; C4) repetidamente disminuidos.

Palabras claves: Inmunodeficiencia; Complemento

ABSTRACT

We report the case of a 47 years old woman who was admitted in 1993 because of Pyodermitis, urinary infection and left tubal abscess.

Further microbiological isolation, immunity studies were made and Immunodiagnostic Data Shower repeatedly low levels Complement Factors.

Key Words: Immunodeficiency; Complement.

INTRODUCCION

La inmunodeficiencia por disminución de niveles de Factores del Complemento es de baja incidencia mundial,^{1,2} no habiéndose reportado casos, hasta el momento, en nuestro país. Dicho trastorno se caracteriza por expresarse clínicamente con infecciones a repetición, frecuentemente producidas por gérmenes encapsulados tanto Grampositivos como Gramnegativos, que afectan piel, tracto respiratorio y mucosas en general, con tendencia a la formación de abscesos intraabdominales.^{1,2,3} Además de esto la Inmunodeficiencia por déficit de C3 está asociada a Glomerulonefritis, cuya etiología es similar a la descrita en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES).^{3,4,5,6} En cuanto al complemento, su activación tanto por la vía clásica (dependiente de anticuerpo), como por la alterna, converge en el clivaje de la proteína C3, originándose el C3a y C3b. El primero, es un potente factor quimiotáctico, además de ser una opsonina, indispensable en el proceso de fagocitosis. Por otra parte, el C3b, es necesario para la activación y formación del Complejo de ataque terminal del Complemento.^{4,6} Por esto, la inmunopatogenia se fundamenta en defectos de opsonización y falta de producción de factores quimiotácticos dependientes del Complemento. Esto, aunado a la falla en la formación del Complejo de Ataque de membrana, da por resultado una Inmunodeficiencia similar a la del déficit de Anticuerpo (Ca).^{1,2,3} Además de lo mencionado, se pueden observar fenómenos de autoinmunidad tales como Artritis, Síndromes "Like Lupus", LES y Glomerulonefritis. Esto se debería a la dificultad en el procesamiento y aclaramiento de Inmunocomplejos que se forman y de lo cual, factores del complemento activados y sus proteínas reguladoras, juegan un rol fundamental.^{3,5,7}

* Médico Residente. Departamento de Medicina Interna. Hospital Central FFAA, Caracas

** Médico Adjunto. Departamento de Medicina Interna, Hospital Central FFAA, Caracas

PACIENTE Y METODOLOGIA

Presentación

Se trata de una paciente de 47 años, raza mestiza, quien inicia sintomatología en julio de 1987, con celulitis en el tercio distal de la pierna derecha donde se aísla Streptococo B hemolítico, por lo que se inicia tratamiento con buena evolución, inicialmente con Penicilina cristalina y luego con Cefalotina Sódica por problemas de Hipersensibilidad al primer medicamento. Continúa presentando lesiones aisladas, repetidas de piodermatitis hasta 1991, cuando presenta apendicitis aguda complicada con peritonitis y formación de abscesos múltiples intraabdominales, por lo que se ingresa a Terapia Intensiva y luego de un mes es dada de alta. En septiembre de 1993 ingresa al Servicio de Medicina Interna con los diagnósticos de: Piodermatitis generalizada stafilocococica, "rash" maculopopular universal, infección urinaria baja, otitis izquierda purulenta y al examen ginecológico se comprobó dolor e induración en anexo izquierdo que resultó se un absceso tubo-ovárico. Concomitante a esto, poliartralgias en codos, muñecas y rodillas, sin artritis. Como antecedente de importancia, poliartralgias, simétricas, con factor reumatoide negativo, sin tratamiento específico, de 10 años de evolución.

Evaluación Paraclínica

Telerradiografía de tórax: dln
Ecosonograma abdominal: dln

Laboratorio

(9/93)

- Leucocitos: 48000
- Seg: 93%
- Bastones: 4%
- Linf: 3%
- Hb: 10 grs. %
- HTC: 33%
- Orina: Proteinúrea y Cilindrura
- Creatinina: 0,9 mg/dl
- Depuración de creatinina: 47,3 cc/min
- VDRL: 1/8 dil
- HIV: Negativo

Inmunodiagnóstico

(9/93)

- AAN: Neg
- CEL.LE: Neg

- AntiDNA: 28 (<20 U.I/ml)
- ENA: Neg
- Crioglobulinas: (Negativas)
- Clinh: 18 (15-22 ngrs/ml)
- IgE: 180 (<180 mg/ml)
- Isohemaglutininas: Presentes
- Shick: Normal
- NBT: 100%
- Candidina: 8 mm
- PPD: 5 mm
- Toxoide Tetánico: 3 mm
- Factor reumatoide: 1/20 dil
- IgG: 6050 mg/dl
- IgA: 856 mg/dl
- IgA Secretoria: presente
- IgM: 274 mg/dl

TABLA 1

**FACTORES DEL COMPLEMENTO EVOLUCION
CRONOLOGICA**
Hospital Militar, Servicio de Medicina Interna.
Caracas, 1994

FECHA	(1) C3 (VN:>75)	(1) C4 (VN:>20)	(2) CH50 (VN:>95)
09/09/93	95,9	8,80	100
30/09/93	68,2	8,18	-
26/11/93	67,3	8,0	-

(1) ngrs/ml
(2) Actividad del complemento hemolítico total
Fuente: Archivo de Historias Médicas, Hospital Central, F.F.A.A.

En las pruebas de rutina se aprecia leucocitosis con desviación a la izquierda, compatible con los múltiples problemas infecciosos, además de alteración del funcionamiento renal. En relación al Inmunodiagnóstico, los antiDNA se encontraron discretamente elevados, y el resto de los exámenes de autoinmunidad negativos. La presencia de inmunoglobulinas (IgS) junto a los resultados de la prueba de Shick e Isohemaglutininas, descartan la inmunodeficiencia por déficit de Acs. Las respuestas de las pruebas de hipersensibilidad retardada y el resultado del NBT igualmente descarta fallas en los compartimientos Celular y Mononuclear Fagocitario (Inmunodeficiencias). Sin embargo en la Tabla 1 se demuestran los niveles del C3 y del C4 persistentemente disminuidos.

DISCUSION

La Inmunodeficiencia humoral por déficit de Factores del Complemento, como se menciona en la introducción, es rara a nivel mundial. Esto, además de las dificultades para su diagnóstico representa un reto para el médico clínico. El cuadro de infecciones piógenas a repetición sumado a fenómenos de Autoinmunidad sin definición de entidad 'clínica específica pudiera tender a confundir el diagnóstico, aunque también pudiera ser la mejor orientación para llegar al mismo. En el presente caso la paciente había tenido polialtralgias simétricas de años de evolución y lo que es más, las presentaba a su ingreso con positividad para dos autoanticuerpos, AntiDNA de doble cadena y Factor Reumatoide, sin criterios para pensar en alguna entidad específica autoinmune. Los niveles persistentemente disminuidos de C4 sólo se han descrito para el LES en actividad⁸ debido al consumo continuo de complemento, tanto por la vía clásica como por la vía alterna^{4,6,9}. Las otras entidades que disminuyen estos factores detectados en suero son el Angioedema Hereditario y el déficit de C1qh adquirido y sólo en el momento de la crisis.^{10,11} En esta paciente, estas posibilidades fueron descartadas. El tipo de infecciones que venían presentando orientaban a falla humoral, por lo que se analizó cuantitativa y cualitativamente, la inmunidad dependiente de Anticuerpo, resultando normal. Aunque la analítica del caso no hacía pensar en falla celular, se realizaron pruebas de Hipersensibilidad retardada dando estas buenas respuestas. La prueba de Nitroazul de Tetrazolio (NBT) reveló normalidad en el Sistema Mononuclear Fagocitario. Actualmente la paciente está en plan de Biopsia Renal por fuerte sospecha de lesión renal (Glomerular y/o Tubulo-intersticial), por lo demás, ya descrita en esta entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alper CA, Blonch K and Rosen F. Increased Susceptibility to Infection in a Patient with type II essential hypercatabolism of C3. *N Eng J Med* 1973; 288:601.
2. Alper CA et al. Studies in vitro and in vivo on an abnormality in the metabolism of C3 in and patient with increased susceptibility to infection. *J Clin Invest* 1970; 49:1975.
3. Fearon D. Complement, C Receptors and Immune Complex Disease. *Hospital Practices* 1988; 15:63-72.
4. Michael F and Fries L. Complement in: *Fundamental Immunology*, Second Edition, William Paul (ed), Raven Press LTD; New York 1989; pp 679-698.
5. Schifferli JA, Ng, TC and Peters D K. The role of Complements and its receptors in the Elimination of Immune Complexes. *N Engl J Med* 1986; 315-488.
6. Michael Frank. Complement: a brief review. *J Allergy Clin Immunol* 1988; 84:411-420.
7. Hourcade D, Holers M and Atkinson J. The Regulators of Complement Activation (RCA) Gene Cluster. *Adv Immunol* 1989; 45:381-414.
8. Uko G, Christiansen FT and Dawkins RL. Serum C4 concentration in the monitoring of, Systemic Lupus Erythematosus: requirements for C4 allotyping. *Rheumatol Int* 1986; 6:111-114.
9. Clardy C et al. A properdin dependent nephritic factor slowly activating C3, C5 and C9 in membranoproliferative glomerulonephritis, types I and II. *Clin Immunopathol* 1989; 50:333-347.
10. Cugno M et al. Plasma levels of C1 inhibitor Complexes and Cleared C1 in patients with hereditary Angioneurotic edema. *J Clin Invest* 1990; 85:1215-1220.
11. Sim T and Grant JA. Hereditary Angioedema: its diagnostic and management perspectives. *Am J Med* 1990; 88:656-664.