16. La preeclampsia y la hipertensión gestacional como factores de riesgo para el desarrollo del estado de prehipertensión y de hipertensión arterial a las doce semanas posparto. Un estudio descriptivo prospectivo

Elkin Darío Cuartas Arias¹, Samuel Eduardo Gélvez Téllez¹, Joaquín Guillermo Gómez Dávila², Bernardo Agudelo Jaramillo²

OBJETIVO: explorar si la preeclampsia y la hipertensión gestacional son factores de riesgo para los estados prehipertensivo e hipertensivo a las doce semanas posparto.

DISEÑO: estudio descriptivo prospectivo de pacientes del área metropolitana del valle de Aburrá, hospitalizadas por preeclampsia o hipertensión gestacional, a quienes se les atendió el parto en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, Colombia, y se les hizo seguimiento hasta las doce semanas posparto.

MÉTODO: se midió la presión arterial a las doce semanas posparto en las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión con el fin de establecer la presencia de estado prehipertensivo o de hipertensión.

RESULTADOS: 51 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, 28 (55%) con preeclampsia y 23 (45%) con hipertensión gestacional; 28,6% (8/28) de las mujeres en el grupo con preeclampsia y 26,1% (6/23) en el grupo con hipertensión gestacional estaban prehipertensas a las doce semanas posparto; 28,6% (8/28) de las pacientes en el grupo con preeclampsia y 21,7% (5/23) en el grupo con hipertensión gestacional estaban hipertensas a las doce semanas posparto.

CONCLUSIÓN: la preeclampsia y la hipertensión gestacional están relacionadas con la presencia de prehipertensión e hipertensión a las doce semanas posparto.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Hipertensión, Hipertensión gestacional, Posparto, Preeclampsia, Prehipertensión

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

² Profesor, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

17. Descripción del triage en la zona de impacto realizado por personal del área de la salud a partir de ejercicios de simulación

Jorge Iván López Jaramillo, MD¹, Edward Alexander Blandón Castaño, MD², Jorge Andrés Ochoa Arango, MD², Andrés Felipe Palacio Sánchez, MD²

INTRODUCCIÓN: no existen en la literatura datos concretos acerca de la manera como se realiza el triage de multitud de lesionados en la zona de impacto, ni de los principales determinantes de sus resultados. Se realizó la simulación de un evento en masa y de la clasificación de los lesionados con la idea de describir la manera como se efectúa el triage y tratar de identificar determinantes importantes de sus resultados.

OBJETIVO: describir la manera como el personal del área de la salud con distinto nivel de formación lleva a cabo el triage de multitud de lesionados en la zona de impacto, a partir de un ejercicio de simulación.

MATERIALES Y MÉTODOS: se diseñaron 100 casos simulados de pacientes lesionados en un atentado dinamitero. Se conformaron grupos de 4 personas pertenecientes al área de la salud con distinto nivel de formación para que realizaran el triage en la zona de impacto de 20 casos simulados por cada grupo. Se hicieron 1.000 clasificaciones (50 grupos de 20 casos) distribuidos así: 25 grupos de rescate (500 casos), 10 grupos de médicos graduados (200 casos) y 15 grupos de estudiantes de último año de medicina (300 casos). No se hizo un análisis estadístico formal de los resultados por la heterogeneidad de los grupos, su tamaño y las condiciones del ejercicio para cada caso.

RESULTADOS: se observaron proporciones de acierto globales similares a las reportadas en la literatura mun-

¹ Especialista en Gerencia de la Salud Pública. Magíster Internacional en Protección Comunitaria y Promoción de la Seguridad. Coordinador del Centro de Simulación. Profesor del Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

² Residentes de Medicina de Urgencias, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

dial (aproximadamente 50%); se observó una proporción de subtriage (11,8%) mayor que la reportada en la literatura la cual tiende a cero. Se halló una proporción de sobretriage menor que la aceptada en la literatura, a expensas del aumento en el subtriage. Hay signos de desconocimiento de las herramientas del triage por parte del personal del área de la salud. Las proporciones de acierto y desacierto no parecen estar determinadas por el sexo y la edad; la tendencia es hacia que están determinadas mayormente por el tipo de lesión.

CONCLUSIONES: la precisión del triage parece estar determinada principalmente por la lesión presentada y por las alteraciones significativas de los signos vitales. Variables adicionales como el sexo y la edad no parecen afectar de manera importante la precisión del triage.

18. Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para niños *Kidscreen*, versión 27, en una población de Medellín, Colombia

Angélica María Sánchez Ávila¹, Héctor Iván García², Luz Helena Lugo³,
Carlos A. Quintero⁴

INTRODUCCIÓN: el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido definido como una evaluación subjetiva por parte de las personas, relativa a cómo aspectos diferentes relacionados con su estado de salud pueden estar influyendo sobre su funcionamiento general, lo cual es multifactorial, y por ser la cultura uno de los aspectos que la determinan, se requiere realizar adaptaciones culturales de las escalas para poder usarlas. En Colombia se encuentra validado el SF-36 que es para adultos, pero no hay escalas validadas en niños que

.....
¹ Médica, Aspirante al título de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

² Médico y Magíster en Salud Pública y en Epidemiología Clínica. Docente, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

³ Médica, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Magíster en Epidemiología Clínica. Docente de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

⁴ Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Estudiante de la maestría en Salud Pública, Universidad de Antioquia. Docente ocasional de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

permitan hacer una evaluación del impacto de la enfermedad y los tratamientos a los cuales son sometidos.

MATERIALES Y MÉTODOS: una revisión de las escalas de CVRS en niños llevó a la elección de la llamada *Kidscreen* de 27 ítems, validada en la Unión Europea, luego de algunos contactos con el grupo encargado de la validación en España. Se hizo un estudio observacional en una población de niños y adolescentes de Medellín, con edades entre 8 y 18 años, que comprendía una muestra de sanos, captados de colegios de estratos bajos y altos, y de enfermos de varios centros de salud, a los cuales se les aplicó el cuestionario en forma de entrevista o autodilucidado, y a algunos de ellos una nueva aplicación. La información se digitó en una base de datos SSPS 15, y el instrumento se evaluó con la validez de constructo y de contenido, la fiabilidad con la consistencia interna, la fiabilidad interobservador e intraobservador, y finalmente se evaluó la sensibilidad al cambio.

RESULTADOS: el cuestionario se aplicó por primera vez en 321 personas, 161 (50,1%) sanos y 160 (49,8%) enfermas. Se encontró una mejor puntuación en todas las dimensiones, en sanos y enfermos, para el estrato alto, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$); también fue mayor, en todas las dimensiones, en los sujetos sanos ($p < 0,05$), y no se presentaron diferencias entre los enfermos crónicos y agudos. En la fiabilidad interobservador e intraobservador el coeficiente de correlación intraclase fue superior a 0,8.

DISCUSIÓN: se ha encontrado una mejor puntuación en cada una de las dimensiones de CVRS en la población con mejores condiciones socioeconómicas, diferencias que ya han sido demostradas en estudios previos. La escala también ha captado las diferencias entre sanos y enfermos, siendo las puntuaciones más altas en los primeros. La adecuada fiabilidad y la validez del instrumento sugieren la obtención de resultados similares independientemente de quién esté administrando la escala. Una de las limitaciones del estudio fue no poder hacer un análisis de la validez de criterio, pero esto se debió al hecho de no contar con los puntajes de otra escala que sirviera como patrón de oro, y que tuviera una buena calidad de medición.