
Trabajo Original

Incidencia de enfermedades diarreicas agudas. Clínica internacional. Trinidad. Comparación 1er trimestre 2000 - 2001

“Incidence of acute diarrheic diseases. International Clinic of Trinidad. Comparison of first trimester of 2000-2001”.

Lic. Ángela Pérez Salabarría¹, Lic. Begoña Teresita Aladro Prida²

1. Lic. Enfermería. Enfermera asistencial Clínica internacional de Trinidad.
2. Lic. Enfermería. Vice directora de enfermería Clínica internacional de Trinidad.

RESUMEN

Se realizó un estudio comparativo en la Clínica Internacional de Trinidad, de la incidencia de Enfermedades diarreicas agudas (EDA) en el primer trimestre de los años 2000 y 2001, con el objetivo de estimular acciones de promoción y prevención de Salud de los viajeros internacionales por ser esta patología la más frecuente entre los pacientes que son atendidos en esta clínica. La población fue 337 pacientes que asistieron a Consultas por diversas patologías en ambos años, de ellos se utilizó una muestra de 49 pacientes que enfermaron por EDA; los datos se recopilaron de las Historias Clínicas y Registros de Pacientes atendidos. Se utilizaron 7 variables que permitieron arribar a conclusiones. En el año 2001 enfermaron mas viajeros que en el mismo período del año 2000, predominando el sexo femenino en el 2001 y el masculino en el 2000, en ambos trimestres el mayor por ciento de enfermos procedían de viviendas de arrendamiento. Sus edades predominaron entre los 21-30 y 31-40 años, los niños y ancianos fueron los menos afectados; prevalecieron las nacionalidades Estadounidense, Alemana, e Italiana. Se observaron en algunas muestras de Heces Fecales Ameba Histolytica, Ameba Coli y Shiguella.

DeCS: DIARREA /epidemiología.

ABSTRACT

A comparative study was made in the International Clinic of Trinidad, of the incidence of acute diarrheic diseases (ADD) in the first trimester of the years 2000 and 2001, with the objective of stimulating health promotion and prevention actions of international travelers , as this pathology is the most common among the patients that are assisted in this clinic. The population was 337 patients that attended consultations for diverse pathologies in both years. Of them a sample of 49 patients that became sick with ADD was used. Data were gathered from the clinical records and registrations of assisted patients. 7 variables were used that allowed to arrive to conclusions. In the year 2001 more travelers became sick than in the same period of the year 2000, with the female sex prevailing in 2001 and the male one in 2000. In both trimesters the greatest percent of sick persons came from hostals. Their ages prevailed between 21-30 and 31-40 years. Children and old people were the least affected. American, German, and Italian nationalities prevailed. Amoeba Histolytica, Amoeba Coli and Shiguella were observed in some samples of stools.

MeSH: DIARRHEA /epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son todo proceso mórbido, cualquiera que sea su causa, que tiene entre sus síntomas más importantes las diarreas, y puede acompañarse o no de trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido- básico ¹. La diarrea se define, como un incremento en el volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones. Normalmente las heces contienen entre un 60 y un 90% de agua. La diarrea ocurre cuando se supera el 90% ².

La EDA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países subdesarrollados y constituyen, además el factor desencadenante mayor en la causa de desnutrición ^{1,3}. Esta afección da lugar a grandes pérdidas de agua y electrólitos, sobre todo de sodio y de potasio y a menudo se complica con acidosis generalizada intensa. En un 70% aproximadamente de los pacientes, las pérdidas de agua y de sodio son proporcionadas, apareciendo así una deshidratación isonatémica. La deshidratación hiponatémica se observa en el 10 al 15% aproximadamente de todos los pacientes que tienen diarreas; esta última ocurre cuando se pierden por las heces grandes cantidades de electrólitos, de sodio especialmente, que superan la cantidad proporcional de líquido que se evacua al exterior. Esto se observa con su máxima frecuencia en el Cólera o en la disentería bacilar ^{3,8}.

Según estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990, de un total anual mundial de 12 900 000 defunciones en niños menores de 5 años, 3 200 000 fueron debido a EDA. La morbilidad se estima en Mil trescientos Millones de episodios diarreicos por años ^{3,12}.

En Cuba la mortalidad por EDA en menores de un año se redujo de 12,9 defunciones/ 1000 nacidos vivos en 1962 a 0,3/1000 en 1993, lo que representa una reducción del 97,7%. En el mismo período la mortalidad por EDA en menores de 5 años se redujo de 38 a 0,6 defunciones/ 10 000 menores de 5 años, una disminución del 98,4% ¹. Entre las causas de reducción de la mortalidad por diarreas durante los años 1980-1985, la disponibilidad de la terapia de rehidratación oral (TRO) fue una de las intervenciones más importantes, no puede asumirse que la reducción observada fuera causada exclusivamente por el uso de la TRO, ya que la mortalidad por diarrea venía disminuyendo desde los años 1970-1979 en países como Cuba y Chile ^{4,11}. En estudios realizados a nivel mundial se demostró que en el año 1980 se registraron mas de 1 000 Millones de casos de diarreas agudas, en niños menores de 5 años en los países en desarrollo (excluía China) y que 5000 Millones de ellos murieron ^{5,12}.

El período de alza estacional de EDA en Cuba corresponde a los meses de Mayo a Agosto y se extiende en ocasiones a los meses de Abril y Septiembre, como promedio se registran anualmente de 750 000 a 800 000 atenciones médicas por EDA ¹.

Las causas de las diarreas agudas pueden agruparse en dos grandes grupos: de origen no infeccioso y las de carácter infeccioso. Las del primer grupo pueden originarse por una dieta inadecuada, algunos medicamentos, sustancias que actúan como laxantes o tóxicos, alergia transitoria a las proteínas de la dieta, enfermedades endocrino-metabólicas, contaminación del agua y los alimentos por agentes químicos, entre otras. Las de causas infecciosas pueden ser de dos tipos: Parenterales, producto de infecciones del tracto respiratorio; Enterales, producidas por bacterias como la Escherichia Coli, Shiguella, Salmonellas, Yersinia enterocolíticas y otras; por Vibrios como el Cólera; Virus como el rotavirus, agente de Norwalk; parásitos como Entamoeba Histolytica, Giardia lamblia y otros; Hongos como la Candida Albicans. Se plantean varios mecanismos de producción de las diarreas agudas: Secretorias, osmótica, invasiva o exudativa y por defectos en la permeabilidad en el transporte activo intestinal, considerando las tres primeras las de mayor importancia ^{1,10}.

Es conocido que los cambios en la flora intestinal del colon producen con frecuencia la diarrea del viajero (también llamada catarro intestinal, gripe intestinal o intestino del turista) , es un trastorno

caracterizado por deposiciones diarreicas, nauseas y vómitos que afectan con relativa frecuencia a las personas que viajan; los organismos más proclives a causarlas son: la Echerichia Coli y algunos Virus como el Norwalk; además están las producidas por intoxicación alimentaria, que puede ocurrir a causa de la ingestión de bacterias en alimentos o agua contaminadas, siendo la Salmonella, Shiguella, Campylobacter y E. Coli las bacterias que con mas frecuencia causan la intoxicación alimentaria⁶.

Entre los exámenes complementarios fundamentales que se realizan a pacientes con EDA, están el Hemograma Completo, Orina, Heces Fecales seriado, Coprocultivo, Gasometría, Ionograma, entre otros. En muestras de Heces analizadas a los pacientes del estudio, se observó con frecuencia la presencia del Protozoo Entoameba Hystolítica, que aunque es un parásito cosmopolita, es más frecuente en los Trópicos y Subtrópicos que en las regiones templadas. Este parásito afecta al 1% de la población Mundial, con mayor frecuencia de afección en áreas pobres y en desarrollo. Se trasmite por contaminación fecal de agua o alimentos o directamente por contacto fecal y bucal. El tratamiento de la Amebiasis suele realizarse con un medicamento de actividad hística, un fármaco eficaz en la luz del intestino, como es el Metronidazol⁷. También ha estado presente en estos pacientes aunque de manera poco significativa la diarrea causada por Shiguella, que origina una infección bacteriana aguda que da lugar a una colitis que afecta preferentemente el colon rectosigmoide, esta enfermedad se caracteriza por diarreas, disentería, fiebre, dolor abdominal y tenesmo. El tratamiento temprano con antimicrobianos apresura la recuperación del paciente⁸.

Por la importancia que tiene la protección de la salud a la población en Cuba y tratándose los pacientes en este estudio de turismo internacional, no se puede obviar las diarreas causadas por el Vibrión Colérico, que aunque no existe en Cuba, por su cercanía no es difícil su penetración en el país. El paciente con cólera tiene diarreas acuosas agudas y debe sospecharse siempre de esta enfermedad cuando los enfermos proceden de una región con Cólera⁹. En Cuba, en el Siglo XIX, en el año 1833 ocurrió la primera Epidemia documentada de Cólera, que causó en poco menos de un lustro 30 000 muertos.

Desde 1973 ha habido brotes pequeños pero regulares de Cólera en Estados Unidos. En 1991, el Vibrión Cholerae 01 eltor, causó brotes explosivos de Cólera en Perú y se dispersó después por toda Latinoamérica.^{1,5} Dada esta situación en América y la expansión cada vez mayor del comercio y el auge del turismo, con algunos países afectados, se considera que Cuba puede ocurrir la introducción del Cólera, por esto se mantienen actualizados la vigilancia, prevención y control de esta enfermedad.

Las EDA, son el principal motivo de asistencia a consulta por parte de los viajeros internacionales que llegan la Polo Turístico de Trinidad, motivo por el cual se decidió realizar la investigación. La labor preventiva encaminada a disminuir las EDA, así como el estricto control con los viajeros internacionales, permite una grata estancia a los mismos en el territorio y garantizar además la protección del resto de la población, por lo que los autores se propusieron conocer en el periodo estudiado de los años 2000 y 2001, la mayor cantidad de pacientes, determinar prevalencia en grupos de edades, sexo, procedencia y nacionalidades de mayor incidencia, cuantificar los estudios de heces fecales y conocer los resultados de las mismas y sobre los pacientes ingresados con EDA.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio comparativo de las E.D.A, en la Clínica Internacional de Trinidad, en el Primer Trimestre de los años 2000 y 2001. La población, estuvo constituida por un total de 337 pacientes que acudieron a consultas, de ellos 49 constituyen la muestra analizada. Estudiamos las siguientes variables: Edad, Sexo, Total de pacientes atendidos por EDA, Pacientes ingresados por EDA, Procedencia, Nacionalidad y resultados de los análisis de heces fecales indicados. Los datos se obtuvieron a través de las Historias Clínicas y Registros de pacientes atendidos, los mismos fueron

analizados y vaciados en un modelo. El procesamiento se realizó utilizando el Microsoft Excel y se obtuvieron tablas.

RESULTADOS

En la tabla No 1, se observa que en el primer trimestre del año 2000, de un total de 21 Pacientes que enfermaron con E.D.A solo ingresaron 4 para un 19,05%, por el contrario en el periodo del 2001, de un total de 28 Pacientes que enfermaron, ingresaron 14 que representa un 50%. En los 2 periodos enfermaron con E.D.A un total de 49 pacientes, de ellos 31 solo necesitaron asistencia en consulta representando el 63,27% de la muestra y 18 Pacientes fueron ingresados representando el 36,73%.

La tabla No 2, muestra que en el primer trimestre del 2000 enfermaron 12 pacientes del Sexo Masculino, representando el 57,14%, mientras que en igual fecha 2001, solo enfermaron 11 pacientes varones, que representa un 39,28%. Durante el mismo período del año 2001 hubo un aumento de enfermos del sexo femenino, enfermaron 17 Mujeres, que representó un 60,71% y en el 2000 enfermaron 9 Mujeres, representando el 42,85%. En ambos trimestres el mayor número de enfermos, correspondió a los grupos etarios entre 21-30 años y 31-40 años. En el año 2000 el 57,14% correspondió al grupo de 21 a 30 años y 23,80% al grupo de 31 a 40 años. En el 2001 el 32,14% correspondió al grupo de 21 a 30 años y el 46,42% de 31 a 40 años.

En la tabla No 3 se obtuvo que del año 2000 el 52,38% de los pacientes procedían de viviendas de hospedaje y en igual período del 2001 el 75% de los enfermos tienen la misma procedencia, es decir que el mayor número de enfermos en ambos períodos tenían como procedencia las viviendas de hospedaje. Entre los países de procedencia con mayor incidencia de enfermos con EDA, en el año 2000 Estados Unidos con un 38,10%, Inglaterra, Holanda, Argentina y Francia, con un 19,05%. En el año 2001 se destacan Alemania e Italia con un 21,43% respectivamente, Canadá con un 10,72% y Francia con 7,15%.

En cuanto a los resultados de análisis de Heces Fecales en la tabla No 4, en el año 2000, de 12 análisis de que se realizaron el 66,67% resultaron negativos y un 33,33% positivos, detectándose Ameba Histolytica, Coli y Shiguella. En el año 2001 de 12 análisis de Heces Fecales realizados, el 75% resultaron Negativos y un 25% positivos y se detectaron Ameba Histolytica y Coli.

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados, se constató, que en el primer trimestre del año 2000, el mayor porcentaje de los pacientes enfermos por E.D.A no necesitó ingresar para hidratación parenteral, o sea evolucionaron satisfactoriamente con la terapia de rehidratación oral, en este año solo una pequeña cantidad de la muestra estudiada necesitó terapia endovenosa para su hidratación. No ocurrió así en el año 2001, ya que del total de pacientes atendidos en consulta por E.D.A necesitaron terapia endovenosa para rehidratarlos.

El período de alza estacional de E.D.A en Cuba, comprende los meses de Mayo a Agosto y se extiende en ocasiones a los meses de Abril y Septiembre¹, este estudio no se realizó en este período, no obstante llama la atención que el mayor porcentaje de pacientes atendidos, correspondió a patologías por E.D.A. Además se observó que a pesar del uso eficaz de la terapia de rehidratación oral, en el primer trimestre del 2001 no fue posible usar la misma con los pacientes enfermos con E.D.A, ya que llegaron al Centro deshidratados y sin previo uso del TRO, lo que hace pensar el desconocimiento del mismo.

La mayor incidencia de enfermos en ambos períodos, correspondió a los grupos etarios de 21-30 y 31-40 años. Por estudios anteriores es conocido que las E.D.A tanto en Cuba como en la mayoría de los países inciden fundamentalmente en niños menores de 5 años y adultos mayores de 50 años ^{1,5}, no coincidiendo con el resultado de esta investigación, de aquí que se recomiende en estudios posterior el que se determine la prevalencia por grupos etarios de viajeros que habitualmente visiten a Cuba, que permita arribar a conclusiones sobre este aspecto.

En cuanto al predominio del sexo, las E.D.A se manifiestan de igual forma en ambos.

Al analizar las nacionalidades, se pudo determinar que dentro de los enfermos de mayor incidencia, se destacan los procedentes de Estados Unidos y Argentina en los que se han detectado casos de Cólera en años anteriores ^{9,12}. Este estudio coincide con el resultado de investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud, en cuanto a procedencia de enfermos con E.D.A, ya que los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de pacientes procedían de Estados Unidos (38,10%), Argentina (19,05%) y Canadá (10,72%). Sin embargo también se pudo detectó un número considerable de pacientes de los países europeos, como Alemania e Italia (21,43%), Francia, Inglaterra y Holanda (19,05%).

Con relación al lugar de hospedaje, de procedencia de los turistas, en ambos períodos el mayor porcentaje procede de hospedajes en viviendas particulares (Hostales), lo que constituye un riesgo de transmisión de gérmenes patógenos, si no se cumplen con exactitud las medidas higiénicas sanitarias necesarias. Es importante proyectarse en este sentido en cuanto a la orientación de medidas preventivas tanto a pacientes como arrendatarios privados para garantizar la disminución de las E.D.A.

Los resultados de los análisis de Heces Fecales realizados, nos indican la presencia de parásitos (Ameba Hystolítica), que vive fundamentalmente en el Trópico y Subtrópico, con mayor prevalencia en áreas pobres o en desarrollo ⁷, lo que hace pensar que estos paciente pueden haber adquirido esta afección en nuestro medio.

CONCLUSIONES

Enfermaron menos pacientes en el período estudiado en el año 2000, con predominio de la T.R.O, no ocurriendo así en el Primer Trimestre del año 2001, en el que aumentaron los enfermos por E.D.A, y hubo un predominio de la terapia de rehidratación parenteral. El sexo masculino predominó en el primer trimestre del año 2000 y el femenino en igual período del 2001. En ambos períodos estudiados, el mayor porcentaje de enfermos procede de hospedajes particulares; predominaron los grupos etarios de 21-30 y 31-40 años, los niños y los ancianos fueron los menos afectados. En el año 2000 predominaron las enfermos de nacionalidad Estadounidense y Alemana y en el 2001, la Alemana e Italiana. Se realizaron la misma cantidad de análisis en ambos períodos, detectándose la presencia de Ameba Hystolítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hevia González LE, Silverio García CE. Enfermedades Diarreicas Agudas. En: Temas de Medicina General Integral. Principales Afecciones del Individuo en los contextos Familiar y Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2001.p.674-82.
2. Merck. Manual Merck de Información Médica para el Hogar. En: Diarrea. Barcelona: Editorial Océano; 1997. p. 560-61.
3. Behrman Richard E, Kliegman Robert M, Arvin AM. Tratamiento con Líquidos y electrolitos de los Trastornos específicos. En: Nelson. Tratado de Pediatría. Madrid: Interamericana; 1998.p.265.
4. Boletín Internacional sobre el Control de Enfermedades Diarreicas. Diálogo sobre la Diarrea En: Mortalidad. Texas: Universidad de Texas; 1991p. 7-11.
5. Merck. Manual Merck de Información Médica para el Hogar. Diarrea del Viajero. Barcelona: Editorial Océano;1997.p.555-56.
6. Raudin Jonathan I. Amebiasis. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. México: Interamericana;1998p.906-08.
7. Butler T. Shigelosis. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. México:Interamericana;1998.p.1901.
8. Greenough William B. Cólera. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. México: Interamericana;1998. p.2206-07.
9. Riveron Corteguera RL. Fisiopatología de la Diarrea Aguda. Rev Cubana Ped.1999;71(2):100.
10. OPS. Eficacia y Seguridad de la Rehidratación Oral con una solución de osmolaridad reducida en niños con diarreas acuosas agudas. Rev Panam Salud Pública. 2001Jun;9(6):405.
11. OMS. Manejo y Prevención de la Diarrea. En: Pautas Prácticas.Ginebra:OMS;1994.p.1-31.

ANEXOS

TABLA No 1. Determinación de pacientes atendidos en consultas y pacientes ingresados. Clínica internacional de Trinidad. 1er trimestre año 2000 y 2001.

| PACIENTES | 2000 | | 2001 | | TOTAL | % |
|----------------------------------|------|-------|------|-----|-------|-------|
| | No | % | No | % | | |
| Pacientes Atendidos en Consulta. | 17 | 80.95 | 14 | 50 | 31 | 63,27 |
| Pacientes Ingresados | 4 | 19.05 | 14 | 50 | 18 | 36,73 |
| Total | 21 | 100 | 28 | 100 | 49 | 100 |

Fuente: Registro de Pacientes atendidos. Historias Clínicas

TABLA No 2. Pacientes portadores de E.D.A. Relación entre edad y sexo. Clínica internacional de Trinidad, 1er trimestre del año 2000 y 2001.

| SEXO | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL | | % | |
|-----------|-----------|------|----------|-------|-------|------|-------|-------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| EDAD | | | | | | | | |
| 0-10 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4.76 | 3,57 |
| 11-20 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3,57 |
| 21-30 | 6 | 4 | 6 | 5 | 12 | 9 | 57.14 | 32,14 |
| 31-40 | 2 | 5 | 3 | 8 | 5 | 13 | 23.80 | 46,42 |
| 41-50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 51-60 | 3 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 14.20 | 7,14 |
| 61-70 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 7,14 |
| 71-80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Más de 81 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 12 | 11 | 9 | 17 | 21 | 28 | | |
| % | 57,14 | 3,28 | 42,85 | 60,71 | 100 | 100 | | |

Fuente: Registro de Pacientes atendidos. Historias Clínicas

TABLA No 3. Pacientes portadores de E.D.A. Relación entre procedencia en el polo y nacionalidad. Clínica internacional de Trinidad. 1er trimestre del año 2000 y 2001.

| Procedencia Nacio- nalidad | Casas de Hospedaje | | Hoteles | | Transito | | Total | | % | |
|----------------------------------|--------------------|------|---------|------|----------|------|-------|------|-------|-------|
| | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 | 2000 | 2001 |
| E.E.U.U | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 38,10 | 3,58 |
| Alemania | 1 | 5 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 6 | 28,58 | 21,43 |
| Inglaterra | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 19,05 | 7,15 |
| Holanda | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 19,05 | 3,58 |
| Argentina | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 19,05 | 3,58 |
| Francia | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 19,05 | 7,45 |
| Grecia | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 9,53 | 3,58 |
| Austria | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 9,53 | 3,58 |
| España | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 9,53 | 3,58 |
| Canadá | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 9,53 | 10,72 |
| Australia | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 9,53 | 0 |
| Italia | 0 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 6 | 9,53 | 21,43 |
| Portugal | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3,58 |
| Gran Bretaña | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3,58 |
| Chile | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3,58 |
| TOTAL | 11 | 21 | 7 | 7 | 3 | 0 | 21 | 28 | | |
| % | 52,38 | 75,0 | 33,33 | 25,0 | 14,28 | 0 | 100 | 100 | | |

Fuente: Registro de Pacientes atendidos. Historias Clínicas

TABLA No 4. Resultados de los análisis realizados. Clínica internacional de Trinidad. 1er trimestre del año 2000 Y 2001.

| Resultados Análisis Indicados | 2000 | | Tipos de Parasitos | 2001 | | Tipos de parasitos |
|-------------------------------------|------|-------|--------------------------------------|------|-------|-----------------------------------|
| | n0 | % | | n0 | % | |
| Positivos | 4 | 33,33 | Amebas Coli, Histolyticas, Shiguella | 3 | 25,00 | Amebas Coli, Amebas Histolyticas. |
| Negativos | 8 | 66,67 | - | 9 | 75,00 | - |
| TOTAL | 12 | 100 | - | 12 | 100 | - |

Fuente: Registro de Pacientes atendidos. Historias Clínicas.