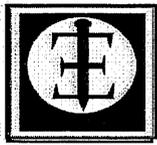


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Cirugía General
Para Obtener el grado de
Maestro en Cirugía General
Abril 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Estuardo Alberto Corzo Fernández

Carné Universitario No.: 100016563

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Cirugía General, el trabajo de tesis **"Estado de salud en residentes de primer año en el Hospital General San Juan de Dios, enero a octubre de 2012"**.

Que fue asesorado: Dr. Rigoberto Velásquez Paz MSc.

Y revisado por: Dr. Luis Carlos Barrios Lupitou MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para abril 2013.

Guatemala, 04 de abril de 2013



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala 11 de Febrero de 2013

Por este medio hago constar que el Estudio de Investigación:

“ESTADO DE SALUD EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS ENERO A OCTUBRE 2012”

Realizado por el Médico y cirujano ESTUARDO ALBERTO CORZO FERNANDEZ, alumno de la maestría en Cirugía General bajo mi cargo, llena los requisitos establecidos por la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Medicas.

Sin otro particular, me suscribo.



DR. RIGOBERTO VELASQUEZ PAZ

ASESOR DE LA INVESTIGACION

Docente responsable

Maestría en Cirugía General en el Hospital General San Juan de Dios

*Dr. Rigoberto Velásquez Paz
Col. No. 7685
Cirugía*



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

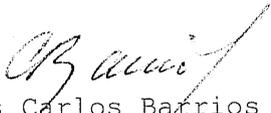
3 de septiembre de 2012

Doctor
Rigoberto Velásquez Paz
DOCENTE RESPONSABLE POST-GRADO
CIRUGIA GENERAL
Escuela de Estudios de Post-grado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de
Guatemala

Doctor Velásquez:

Le informo que el Estudio de Investigación "ESTADO DE SALUD EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, ENERO A JUNIO DE 2012", perteneciente al Doctor Estuardo Alberto Corzo Fernández, llena los requisitos establecidos por la Escuela de Estudios de Post-grado para Informe Final de Tesis.

Sin otro particular, me suscribo.


Dr. Luis Carlos Barrios Lupitou
DOCENTE DE INVESTIGACIÓN
Y REVISOR

Dr. Luis Carlos Barrios L.
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3693

c.c. archivo

Julia

INDICE

Resumen	i
I Introducción	1
II Antecedentes	4
III Objetivos	10
IV Material y Método	11
V Resultados	17
VI Discusión y Análisis	24
VII Referencias bibliográficas	27
VIII Anexos	30

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica No. 1	17
Gráfica No. 2	18
Gráfica No. 3	19
Gráfica No. 4	20
Gráfica No. 5	21
Gráfica No. 6	22
Gráfica No. 7	23

RESUMEN

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades que la vida nos da. El **objetivo** de esta investigación fue describir el estado de salud y sus cambios en los médicos residentes de primer ingreso al Hospital General San Juan de Dios en Guatemala, durante 2012.

Método: Estudio descriptivo. Se encuestaron 32 residentes de primer año con 3 evaluaciones durante el período de estudio. Se recabó información sobre características antropométricas como peso, talla, tensión arterial, antecedentes personales y familiares; estilo de vida sobre actividad física, tabaquismo, alcoholismo; se examinó la agudeza visual y el acondicionamiento físico, comparando los resultados de inicio, mediados y finales. **Resultados:** La edad promedio fue 26 (± 2.5) años; 26 mujeres (59.1%) y 18 hombres (40.9%). La talla promedio fue 1.62mts (± 0.01) y el peso fue de 144lbs. (± 43). El 36.4% (n=16) refirieron algún tipo de alergia. El antecedente familiar más frecuente fue hipertensión arterial. Durante el estudio, el consumo de frutas y vegetales disminuyó, mientras aumentó el de grasas y carbohidratos. En la primera evaluación refirieron hacer ejercicio el 31.8% (n=8) y disminuyó a 13.6% (n=6). El 52.3% (n=23) dijeron tener algún vicio, 20 alcohol y tabaco 3. El 38.6% (n=17) usaban lentes. Según la prueba de Harvard, el 43.2% (n=19) presentaban mal acondicionamiento físico y estaban en el Promedio el 56.8% (n=25).

I INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud como estrategia de la nueva salud pública surgió como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública provocada por el informe de Lalonde "Nuevas perspectivas sobre la salud de los Canadienses" (Canadá 1974). (1) En este informe se reconocieron los factores sociales y ambientales y los estilos de vida como los factores determinantes de la salud. Este informe fue uno de los documentos fundamentales para el debate que llevo a la adopción de la Carta de Ottawa (Canadá 1986). Esta Carta todavía representa la formulación esencial del concepto de promoción de la salud y dice claramente que toda acción en ese sentido significa construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales, y reorientar los servicios de salud. (1)

La salud se promueve mediante condiciones y estándares decentes de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, medios de descanso y recreación. Por lo tanto, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades que la vida nos da. según H. Sigerist, en 1941. (2)

El Dr. Alleyne en el informe Anual Del Director, OPS 2001, cita y reflexiona sobre el concepto de salud que debemos promover como un concepto totalizador, integral y holístico de salud. Aduciendo que salud es la dimensión central de calidad de vida, siendo que cada vez entendemos mejor como las políticas públicas afectan la salud y los estilos de vida, y cómo éstos a la vez le dan forma a las conductas saludables. (2)

Estudios Publicados en el 1999 relacionados con el estudio de la salud en médicos, uno en la New England Journal of Medicine (NEJM) y el otro en Circulation Journal, demostró que el consumo moderado de bebidas alcohólicas, disminuye el riesgo de Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) hemorrágico, muerte cardiaca súbita y arritmias ventriculares. (3,4)

El estudio llamado "Smoking prevalence and Attitudes Toward smoking among Japanese Physicians" da como resultado que los medicos Japoneces tienen una mayor

incidencia y prevalencia de consumo de tabaco en comparación con los médicos de Estados Unidos e Inglaterra. (5)

En Inglaterra en el British Medical Journal, 2004, un estudio encontró que los médicos fumadores tenían una esperanza de vida menor, aproximadamente 10 años, que los no consumidores de tabaco. (6)

También en Inglaterra el mismo autor no encontró relación entre el cigarro y la aparición de Alzheimer o la esperanza de vida entre los médicos fumadores. (7)

En la Universidad de Cali en el 2005, realizaron un estudio, con un resultado positivo de fumadores 14.8%, principalmente en las facultades no relacionadas con salud. (8)

En Madrid, España 1999, en el estudio "Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid" da como resultado que el personal paramédico eran las que tenían la prevalencia de ser fumadores, hasta en frente de los pacientes. (9)

Con un resultado similar en el estudio "Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians" en 1993, indicando que el 26% de los médicos fumaban, para 1997 en otro estudio realizado en México el porcentaje había aumentado a 31% (10, 11)

En Costa Rica en el estudio "Smoking; attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention" en 1994, indicaba que el 19% de los médicos eran fumadores y el 49% consideraban que no eran modelo para sus pacientes. (12)

Un estudio más reciente en México llamado "Tabaquismo en profesionales de la Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos" 2004. Se compara con el anterior, con el que resalta que aumentó la incidencia de fumadores en médicos. (13)

Siendo la Salud como un estado de bienestar físico y mental, explicito por la Organización Mundial de Salud (OMS), en Guatemala se encuentran diferentes instituciones de diferentes niveles, que velan por que la población tenga un bienestar físico y mental que es distribuido por el Ministerio de Salud Pública. Sin embargo y aunque parezca paradójico, en los hospitales se lleva una visión de salud social; no se lleva un control ni registro del

estado de salud, antropometría, perfil de vida, antecedentes médicos y/o familiares ni hábitos de los Residentes de posgrado que allí laboran. Siendo el estudio de postgrado (residencia) uno de los periodos más demandantes de la Facultad de Ciencias Médicas, en donde las preocupaciones sobre el dominio de los conocimientos médicos y la capacidad de soportar largas hora de trabajo y responsabilidades a expensas de la personalidad e intereses son factores de riesgo para la salud física y mental de los residentes de las diferentes especialidades (cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, anestesia, medicina interna).

En la Universidad de San Carlos de Guatemala, en 1998, se realizó una evaluación física a todos los estudiantes que ingresan por primera vez a esa casa de estudios, y como consecuencia de ello han realizado varias publicaciones sobre el estado de salud de los estudiantes, así como un perfil sobre estado nutricional, hábitos y otros aspectos. (14)

En el Hospital General San Juan de Dios, a los estudiantes de primer ingreso se les realiza, un examen teórico, evaluación de curriculum, antecedentes laborales, publicaciones e investigaciones. Durante todo ese tiempo no se han llevado a cabo estudios sobre el estado de salud de los estudiantes por lo que existe un desconocimiento de la tendencia de la salud de los residentes de primer ingreso. El objetivo de esta investigación fue describir el estado de salud de los médicos residentes de primer ingreso al Hospital General San Juan de dios en Guatemala, y sus cambios durante 2012.

II ANTECEDENTES

La salud se promueve mediante condiciones y estándares decentes de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, medios de descanso y recreación. Por lo tanto, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades que la vida nos da." según H. Sigerist, en 1941. (2)

El Dr. Alleyne en el informe Anual Del Director, OPS 2001, cita y reflexiona sobre el concepto de salud que debemos promover como un concepto totalizador, integral y holístico de salud. Aduciendo que salud es la dimensión central de calidad de vida, siendo que cada vez entendemos mejor como las políticas públicas afectan la salud y los estilos de vida, y cómo éstos a la vez le dan forma a las conductas saludables. (2)

La promoción de la salud como estrategia de la nueva salud pública surgió como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública provocada por el informe de Lalonde "Nuevas perspectivas sobre la salud de los Canadienses" (Canadá 1974). En este informe se reconocieron los factores sociales y ambientales y los estilos de vida como los factores determinantes de la salud. Este informe fue uno de los documentos fundamentales para el debate que llevo a la adopción de la Carta de Ottawa (Canadá 1986). Esta Carta todavía representa la formulación esencial del concepto de promoción de la salud y dice claramente que toda acción en ese sentido significa construir políticas públicas saludables, crear un ambiente de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales, y reorientar los servicios de salud. (1)

En todo el mundo las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa porcentual de muerte representando más del 30% de todas las enfermedades. En la actualidad contamos con estudios muy efectivos para diagnosticar a tiempo este problema y diseñar las estrategias de tratamiento y cambios en el estilo de vida, que permitan reducir el riesgo de un evento cardiovascular fatal. (15)

Un estudio realizado en Costa Rica para describir la evolución epidemiológica de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV), enfermedad isquémica del corazón (EIC) e infarto agudo de miocardio (IAM), entre 1970 y 2001. La mortalidad por ECV disminuyó 33% en promedio (46,6% en mujeres y 20,2% en hombres), mientras que la mortalidad por EIC aumentó un promedio de 18,4% (6,1% mujeres y 28,4% hombres). La tasa ajustada de mortalidad por IAM en hombres aumentó 12,8% en el período de estudio, con un ligero descenso de 4,4% en mujeres. La mortalidad por ECV, EIC e IAM fue mayor en hombres que en mujeres durante todo el período de estudio. Las tasas de mortalidad por EIC e IAM se elevaron en las regiones semiurbanas y rurales, especialmente en la región rural bajura, donde aumentaron con respecto al quinquenio de 1995–1999 en 123,9% y 76,9%, respectivamente. (16)

El infarto agudo de miocardio (IAM) se define como el rápido desarrollo de necrosis miocárdica debido a un desbalance entre el aporte de oxígeno y su demanda por parte del miocardio. Generalmente es el resultado de la ruptura de una placa ateromatosa con la consiguiente formación de trombos en la luz de los vasos coronarios, causando una aguda disminución del aporte de oxígeno al miocardio. (15)

El número de personas que padecen diabetes en las Américas se estimó en 35 millones en 2000, de las cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones, de las cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe. (17)

La tasa de prevalencia de la diabetes en adultos (fundamentalmente tipo 2) más elevada se ha reportado entre los indios Pima de Arizona, Estados Unidos. En América Latina y el Caribe, la tasa más elevada correspondió a Barbados (16.4%), seguida por Cuba con 14,8%, en tanto que la más baja fue registrada en 1998 entre los indios Aymará de una zona rural de Chile (1,5%). En la mayoría de los países la prevalencia de diabetes es más elevada en las mujeres que en los hombres. (17)

El aumento de la prevalencia de diabetes se acentúa debido a la migración progresiva de la población del campo a la ciudad y a la incorporación de hábitos que favorecen la aparición de obesidad. Un estudio que evaluó la prevalencia de diabetes en una comunidad rural nativa Mapuche de Chile reportó una prevalencia de 0,4% en hombres y

1,4% en mujeres en 1985; sin embargo la repetición de esta encuesta en 1999, indicó prevalencia de diabetes de 3,2 en hombres y 4,5 en mujeres, lo que sugiere que está ocurriendo un proceso de aculturación en esta comunidad rural con incremento en la prevalencia de diabetes y quizás de otras enfermedades crónicas. (17)

El cáncer es otra enfermedad no transmisible que por mucho tiempo ha constituido un peligro para la salud, principalmente en países de altos ingresos, pero en la actualidad impone una carga de morbilidad elevada en todas partes del mundo. En 2001, ocasionó más de siete millones de defunciones, de las cuales cinco millones se produjeron en países de ingreso bajo y mediano. A no ser que las intervenciones para la prevención y detección de cáncer logren reducir la incidencia de la enfermedad, para el 2020 el número de casos nuevos aumentará a 15 millones al año, y 9 millones de estos casos tendrán lugar en países en desarrollo. (18)

Muestra bastante variabilidad regional; los tipos de cáncer más frecuentes en países de ingreso alto, de pulmón, colon y recto, mama y próstata, se han vinculado con factores como la iniciación temprana de tabaquismo, exposición temprana a sustancias cancerígenas, alimentación y estilo de vida. Por el contrario, las neoplasias malignas que son más frecuentes en países de ingreso bajo y mediano, de cuello uterino, hígado y estómago, guardan relación con infecciones crónicas con el virus del papiloma humano, virus de la hepatitis B y la bacteria *Helicobacter Pylori*, respectivamente. (18)

El cáncer representa una carga de morbilidad que es grande y aumenta cada vez más en el mundo entero, pero sus características epidemiológicas, y por ende, las intervenciones orientadas a combatirlo, difieren mucho en países de ingreso bajo y mediano y en países de ingreso alto. (18)

En un informe reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha publicado y reconocido que el tabaco es el responsable de al menos 25 grupos de enfermedades de alta relevancia para la salud pública entre los que se incluyen: bronquitis crónica y enfisema, cáncer de pulmón, angina de pecho e infarto de miocardio, enfermedades vasculares, trombosis cerebral, impotencia e infertilidad, otros cánceres (boca, laringe, esófago), osteoporosis, úlcera péptica... etc. (19, 20, 21)

Los seres vivos necesitamos, además del agua que es vital, una variada y equilibrada alimentación que es fundamental para la vida. Una dieta correcta debe contener cantidades adecuadas de proteínas, lípidos, glúcidos, vitaminas y minerales. La base de una buena nutrición reside en el equilibrio, la variedad y la moderación de nuestra alimentación. Pero la alimentación moderna urbana es muy a menudo desequilibrada, desestructurada y se suele juntar con una vida cada vez más sedentaria. Del 30% a 60% de la población de la Región de las Américas no logra siquiera realizar el mínimo de actividad física recomendado. Para los adolescentes, esta falta de actividad física es especialmente preocupante, ya que el desarrollo de hábitos saludables se logra en esta etapa y éstos generalmente se mantienen durante toda la vida. A medida que las ocupaciones han pasado de la agricultura, u otras que entrañan trabajo manual, a las del sector de los servicios, se ha reducido el nivel de actividad física. Esto ha sido impulsado por la creciente urbanización y el aumento del transporte automotor, las políticas de zonificación urbanas que promueven la creación de suburbios en los que se hace imprescindible el uso del automóvil, la falta de atención a las necesidades de los peatones y los ciclistas en la planificación urbana, la profusión de dispositivos que ahorran trabajo en el ámbito doméstico y el uso creciente de computadoras en el trabajo y con fines de entretenimiento. (22)

Las encuestas de población de América Latina y el Caribe indican que, en 2002, entre 50% y 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de 5 años de edad exhibían sobrepeso o eran obesos. En Chile y México, las encuestas nacionales de 2004 indicaron que 15% de los adolescentes eran obesos. La prevalencia del sobrepeso en los adultos es de 45% y 65% en Canadá y los Estados Unidos de América, respectivamente. (23)

En otro estudio de carácter comparativo entre estudiantes de primer ingreso de las facultades de ciencias médicas, económicas, ingeniería y agronomía realizado en 1978 con relación al consumo de alcohol y cigarrillos, se encontró un incremento considerable en el consumo de alcohol y tabaco, con un 40% en los hombres, de los cuales 36% lo hacían frecuentemente y 4% en forma ocasional, mientras las mujeres un 6%; 5% lo hacían frecuentemente y 1% en forma ocasional. (24)

El tabaquismo es un fenómeno social de primera magnitud que se ha convertido en la primera causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados. La elevada

capacidad adictiva de la nicotina hace que el tabaquismo pueda considerarse como una autentica drogadicción y también como una enfermedad crónica. (19, 25, 26, 27)

Las muertes en nuestro medio atribuidas al tabaco superan a las muertes sumadas producidas por el SIDA, los accidentes de tráfico, los accidentes laborales, la heroína o la cocaína juntos. Se estima que en la actualidad el tabaco produce más de 4 millones de muertos cada año y que durante el segundo cuarto de siglo XXI será responsable de 300 millones de muertos. Con estos estremecedores datos se puede afirmar que el tabaco es la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo occidental. Por otro lado, la dependencia del tabaco reúne muchas de las características propias de las enfermedades crónicas incluyendo su evolución prolongada en el tiempo y sobre todo las frecuentes recaídas que con tanta frecuencia acontecen durante el proceso a pesar de conocer los catastróficos efectos para la salud y del deseo claro de abandono. El reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica y recurrente es una valiosa ayuda para la deshabituación de esta drogadicción. El tabaco causa alrededor de 13 500 defunciones por día. (19, 26, 27)

El Ministerio de Salud en conjunto con el Gobierno Central han impuesto un acuerdo gubernamental a las casas productoras y distribuidoras de tabaco, en el cual únicamente se puede realizar la publicidad televisiva en horarios nocturnos y la eliminación de las publicidad en las vías públicas; sin embargo estas medidas tomadas no son suficientes para la eliminación del consumo de tabaco.

El alcoholismo es otro de los malos hábitos, frecuente dentro de la sociedad Guatemalteca, el cual se define como el consumo exagerado de alcohol, que ocasiona al bebedor problemas físicos, mentales, emocionales, laborales, familiares, económicos y sociales, desafortunadamente, el consumo de alcohol aumenta de manera constante, sobre todo entre los jóvenes. El alcoholismo se divide en abuso de alcohol y dependencia del alcohol; si bien, esta diferenciación no es relevante desde el punto de vista clínico. (19)

No es de menor importancia las afecciones psicológicas que se muestran en una dependencia a las bebidas alcohólicas, el aislamiento, demencia, depresión y cambios de personalidad limitando las aspiraciones profesionales del individuo, altera la relación familiar y puede causar inclusive la muerte. El alcoholismo es una enfermedad en la cual las

posibilidades de desarrollar una dependencia es mayor en quienes comienzan el consumo a edades tempranas y esta debe ser tratada multidisciplinariamente, en el cual debe de incluirse al personal médico y psicológico. (28)

En la Universidad de San Carlos de Guatemala, en 1998,²³ un estudio determinó el estado nutricional al ingreso y egreso de estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas por medio del índice de masa corporal; demostró que la prevalencia de obesidad y sobrepeso al ingreso a la facultad fue de 53% y 32% respectivamente, modificándose ésta al egreso con 69% y 16%. 69 estudiantes de la población estudiada presentaron cambios en su estado nutricional a lo largo de la carrera, correspondiendo a obesidad el porcentaje más alto (24%). El 78% de la población estudiada aumento de 1 a 15 libras en el transcurso de la carrera de medicina. (14)

En la Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala en 1978, un estudio sobre factores de riesgo en los estudiantes universitarios de primer ingreso expone: en lo que respecta a hábitos alimenticios 33% comía irregularmente, 14% excedía en grasas y lácteos y 17% en carbohidratos, 21% tendencia al sobrepeso y 23% al bajo peso. Se encontró 43% con mal índice de entrenamiento físico. En el mismo estudio se destacó una disminución en la agudeza visual bilateral, sobre todo en los estudiantes de ciencias económicas, Con relación al acondicionamiento físico al ingreso y al egreso se concluyó que las mujeres se encontraban con mal acondicionamiento físico. La presión arterial en las mujeres no sufrió variación alguna, mientras que en los hombres se duplicó el número de casos de hipertensión al egreso. (24)

Ante la ausencia de estudios que involucran a los médicos de primer ingreso a la residencia de una especialización en Guatemala se utilizaron como datos a contrastar los resultados de un estudio de 1978 sobre factores de riesgo en estudiantes en el que se expone que 21% tienen tendencia al sobrepeso, 23% al bajo peso, y 43% tiene mal acondicionamiento físico, sobre agudeza visual en el mismo estudio solo hace mención a que existe disminución de la agudeza visual bilateral en estudiantes de Ciencias Económicas. No existen datos de valores de tendencia central sobre tensión arterial para poder contrastar si existen aumentos o descensos en las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica en la población guatemalteca. (24)

III OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el estado de salud de los médicos residentes de primer ingreso al Hospital General San Juan de Dios en Guatemala, y sus cambios durante 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 3.2.1. Describir el estado de salud en su dimensión biológica; edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, menarquía, tensión arterial, agudeza visual, estado físico; antecedentes médicos personales como asma, rinitis, alergia a medicamentos y alimentos; así como los antecedentes familiares de enfermedades crónicas; diabetes mellitus, cáncer, hipertensión arterial, infarto de miocardio, eventos cerebro vasculares, del médico residente de primer ingreso, información registrada en la ficha del examen multifásico en el período del año 2012.
- 3.2.2. Describir el estado de salud en su dimensión estilos de vida, que se obtendrá de la información sobre alimentación, actividad física, tabaquismo y alcoholismo, registrada en la ficha del examen multifásico en el periodo del año 2012.
- 3.2.3. Describir los cambios en el estado de salud a lo largo del año.

IV MATERIALES Y METODO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, prospectivo.

4.2 UNIDAD DE ANALISIS

Encuestas a los médicos residentes de primer ingreso, a quienes se les efectuó evaluación clínica durante el año 2012, distribuido de la siguiente manera:

4.3 POBLACION Y MUESTRA

Se invitó a todos los residentes (N=62) que ingresaron al programa de especialidades en el Hospital General San Juan de Dios durante el 2012. De estos, 32 aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

4.4 CRITERIOS

Inclusión:

- Médicos residentes de primer ingreso al Hospital General San Juan de Dios, en Guatemala quienes se sometieron a las 3 evaluaciones clínicas, con ficha completa archivada, tomando como completa la ficha con toda la información solicitada, durante el año 2012.

Exclusión:

- Médicos residentes de primer ingreso que no contaron con toda la información solicitada en la ficha de examen, o que no colaboro con las 3 evaluaciones durante el año 2012.
- Encuestas realizadas al estudiante que egreso de la especialidad durante el año 2012.

4.5 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Número de años registrada en el momento de la entrevista.	Intervalar	Años.
Sexo	Mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedad femenina y masculina	Diferencia física registrada en la ficha clínica del examen.	Nominal	Masculino. Femenino.
Peso	La fuerza con la cual un cuerpo actúa sobre un punto de apoyo, originando por la aceleración de la gravedad cuando esta actúa sobre la masa del cuerpo.	Peso al momento de registrarse en la ficha clínica del examen.	Intervalar	Libras
Talla	La medición de la altura de una persona dependiendo de la genética y la nutrición.	Estatura del individuo al momento de registrarse en la ficha clínica del examen.	Intervalar	Metros.
Tensión Arterial	La fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Dando 2 cifras sistólica y diastólica.	Valor registrado en la ficha clínica del examen.	Intervalar	mmHg.
Agudeza Visual	Es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos espaciales con unas condiciones de iluminación adecuada.	Valor registrado en la ficha clínica del examen.	Ordinal	SIN LENTES: Disminuida: >20/40 Límitrofe: >20/20 a <20/40 Normal: 20/20 CON LENTES: Corregida: 20/20 Límitrofe con

				lentes: >20/20 a <20/40 No corregida: >20/40
Acondicionamiento físico	Es la capacidad básica, particularmente, aquella que nos permite llevar a cabo un dedicación o esfuerzo durante el mayor tiempo posible	Se utilizó el resultado registrado de la Prueba de Harvard en la ficha clínica del examen para clasificar el grado de acondicionamiento físico.	Ordinal	Prueba de Harvard: Ordinal Malo = 0 - 59 % Promedio = 60 - 71 % Bueno = 72 - 89 % Excelente = > 90%
Antecedente personal Asma	Enfermedad crónica del sistema respiratorio caracterizada por vías aéreas hiperreactivas.	Antecedente Personal registrado en la ficha de examen.	Nominal	Si tiene No tiene
Antecedente personal rinitis	Inflamación del revestimiento mucoso de la nariz, caracterizada por uno mas síntomas: rinorrea, estornudo, prurito nasal, congestión, drenaje postnasal.	Antecedente Personal registrado en la ficha de examen.	Nominal	Si tiene No tiene
Antecedente personal alergia a alimentos	Hipersensibilidad a una partícula o sustancia que provoca la reacción de mediadores químicos como histamina.	Antecedente Personal registrado en la ficha de examen.	Nominal.	Si tiene No tiene
Antecedente personal alergia a medicamentos	Historia que refiere el paciente ante enfermedades que ha padecido por uso de medicamentos.	Antecedente Personal registrado en la ficha de examen.	Nominal.	Si tiene No tiene
Antecedentes Familiares	Historia que refiere el paciente ante	Historia familiar de Diabetes, Cáncer, HTA	Nominal.	Refiere No Refiere

	enfermedades que ha padecido la familia o han muerto por padecer de esa enfermedad.	IAM ACV Alcoholismo Tabaquismo. Todas estas registradas en la ficha clínica del examen.		
Tabaquismo	Adicción al trabajo, provocada por un componente activo (nicotina), la acción de esa sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo.	Se considerará como tabaquismo, los datos recolectados en las fichas clínicas del examen, en las cuales se mencione que consumen tabaco.	Nominal.	Si fuma No fuma
Alcoholismo	Enfermedad que consiste en padecer una fuerte necesidad de ingerir alcohol etilo, creando una dependencia física.	Se considerará como alcoholismo, los datos recolectados en las fichas del examen, en los cuales refieran que consumen bebidas alcohólicas.	Nominal.	Si bebe No bebe
Actividad física	El conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. Creando mejorar o mantener la condición física.	Se considerará como realización de actividad física a quien realice ejercicio como mínimo 30 minutos al día, 3 veces por semana. Dato recolectado en las fichas del examen.	Nominal.	Si hace No hace
Alimentación	La ingestión de un alimento a base de una buena nutrición, incidiendo en el equilibrio, la variedad y la moderación de nuestra alimentación.	Se considerarán a los residentes que hayan referido, consumir frutas y verduras diariamente, exceso de carbohidratos y grasas en la alimentación.	Nominal.	Frutas Verduras Grasas Carbohidratos

4.6 Procedimientos para recopilar la información:

Se invitó para participar en esta investigación en forma voluntaria a todos los residentes de primer ingreso a los diferentes programas de especialidades que se realizan en el Hospital General San Juan de Dios, y que iniciaron subespecialidad en 2012 y se les

informó de los objetivos de la investigación. A los que aceptaron a participar en la misma, se procedió a entrevistarlos personalmente, recogiendo en la boleta de recolección de datos: edad, sexo, especialidad que realizaban, alergias (rinitis, medicamentos, alimentos), antecedentes familiares (diabetes, cáncer, Hipertensión Arterial, Infarto Agudo al Miocardio, Accidente Cerebro Vascular, consumo de alcohol, y tabaco, asma), tipo principal comida (frutas, vegetales, grasas, carbohidratos), práctica de un deporte, consumo personal de alcohol y tabaco. Se registró el número telefónico celular de cada uno para poder contactarlos en cada evaluación y confirmar el mejor momento para ellos para la realización de la encuesta y examen físico. Se tomó un tiempo prudente después de clase de postgrado, con previo permiso del jefe de residentes, pudiendo realizar la encuesta a los residentes el mismo día en sus aulas. A cada residente se le midió peso, talla, presión arterial, agudeza visual con cartilla de Snellen (con lentes y sin lentes).

La entrevista y evaluación física se realizó tres veces, en el período del año. Todas las evaluaciones fueron realizadas por el investigador.

En cuanto al acondicionamiento físico estimando la capacidad física en base al grado de adaptación cardiovascular que se requiere ante un trabajo físico fuerte y agudo, y a la velocidad de recuperación posterior a esfuerzo se utilizó la prueba llamada "Harvard modificada"; que se basa en el grado de desaceleración de la frecuencia cardiaca tras efectuar un ejercicio máximo. Con el uso de una banca de los que usan los pacientes para subir a las camillas, subiendo y bajando las gradas por 5 minutos y luego se tomó el pulso hasta que recuperaran su pulsación normal. Usando la fórmula

$$\text{Índice de Recuperación Cardíaca (IRC)} = \frac{\text{Duración del esfuerzo en segundos} \times 100}{\text{Suma de los tres pulsos} \times 2}$$

Al terminar los cinco minutos se toma las pulsaciones y los residentes que tenían un resultado mayor de 90 (excelente), resultado entre 80 a 89 (bueno), resultado de 55 a 79 (promedio) y menor de 55 (malo).

4.7 Análisis de Datos

Los datos fueron analizados para estadística descriptiva, presentando frecuencias y porcentajes para las variables nominales, y medias para las variables continuas. Los datos fueron ingresados y validados en el programa Epi-Info 6.

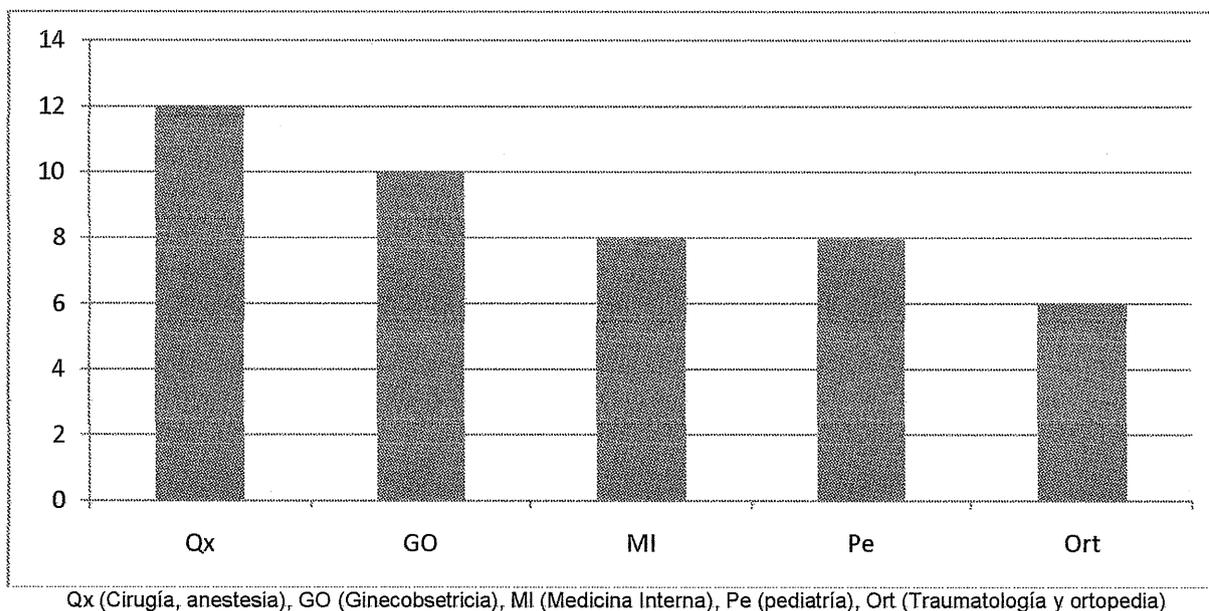
4.8 Aspectos Éticos

Los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación, y su participación fue voluntaria. Los que aceptaron firmaron consentimiento informado para participar en el estudio. No se realizó ningún procedimiento aparte de la evaluación física descrita anteriormente.

V RESULTADOS

La edad promedio del grupo estudiado fue de 26 (± 2.5) años, el menor de 23 y el mayor de 30. El 40.9% (n=18) eran hombres y 59.1% (n=26) mujeres. Las especialidades que realizaban se presentan en la tabla 1.

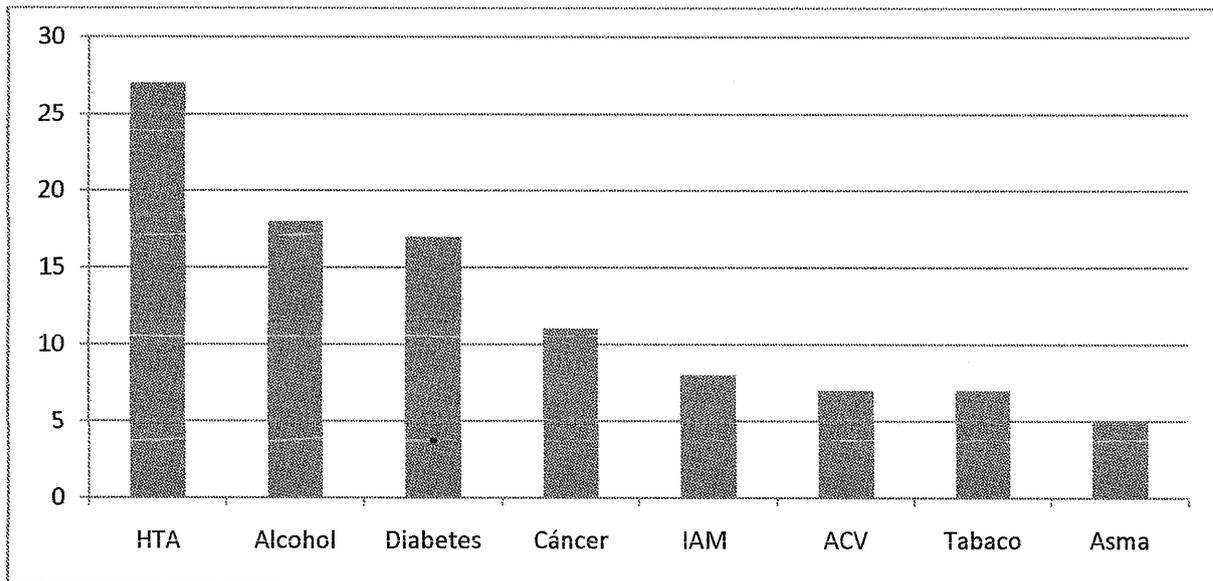
Gráfica 1
Distribución por Especialidad
Estado Físico y Estilo de Vida de los Residentes
De Primer Ingreso
Hospital General San Juan de Dios



El 36.4% (n=16) refirieron padecer algún tipo de alergia, 13 para rinitis, 1 para alimentos y 4 a medicamentos.

En los antecedentes familiares el problema más frecuente fue Hipertensión arterial en el 73% (n=27) y alcohol 48.6% (n=18), como se observa en la gráfica 2.

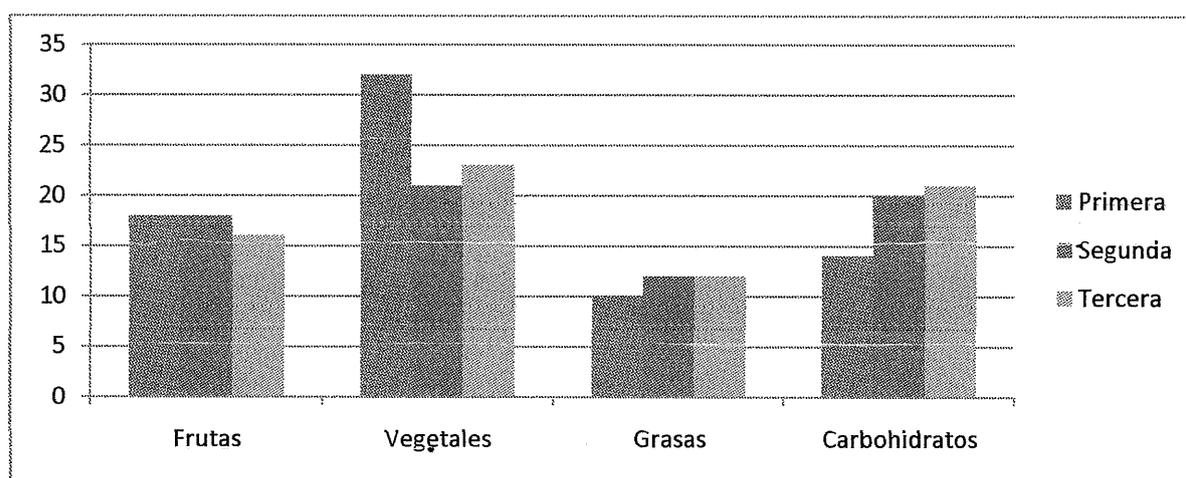
Gráfica 2
Antecedentes Familiares
Estado Físico y Estilo de Vida de los Residentes
De Primer Ingreso
Hospital General San Juan de Dios



HTA (Hipertensión arterial), IAM (Infarto agudo de miocardio), ACV (accidente cerebro vascular)

Respecto a la alimentación, el grupo que predominaban eran los vegetales y los carbohidratos, pero, como se observa en la gráfica 3, el consumo de frutas y vegetales disminuyó a lo largo del año, mientras aumentó el de grasas y carbohidratos.

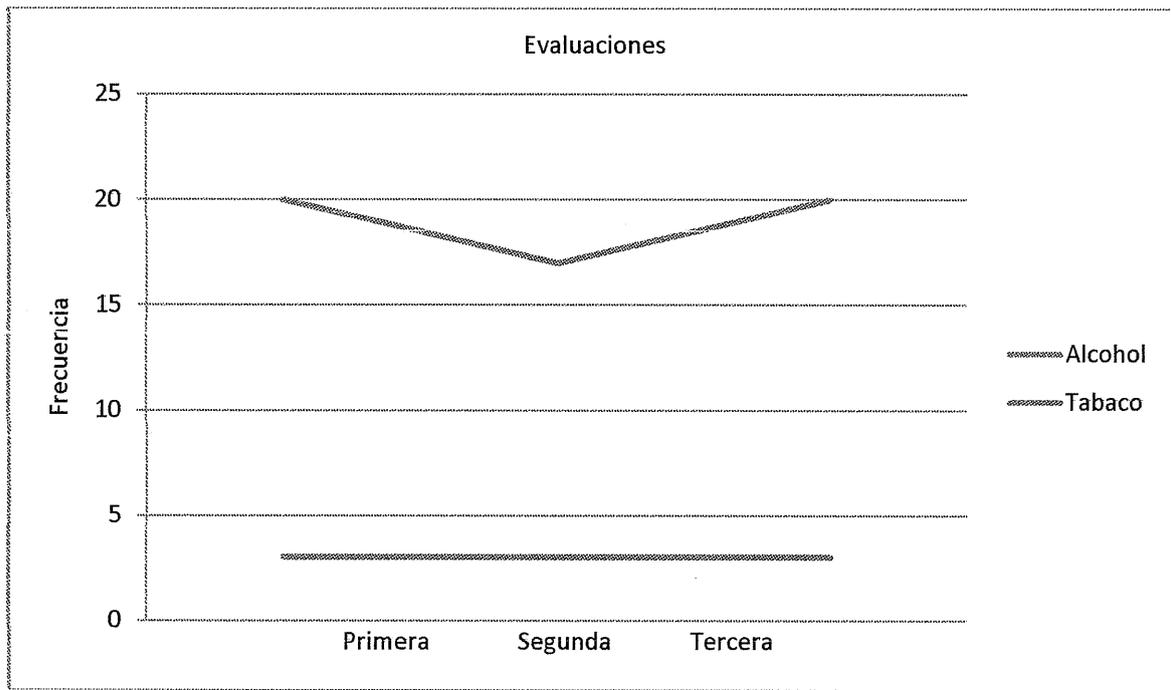
Gráfica 3
Tipo de Alimentación en las tres evaluaciones
Estado Físico y Estilo de Vida de los Residentes
De Primer Ingreso
Hospital General San Juan de Dios



En la primera evaluación refirieron hacer ejercicio el 31.8% (n=14). Para la segunda disminuyó a 13.6% (n=6) y en la tercera evaluación aumentó a 22.7% (n=10).

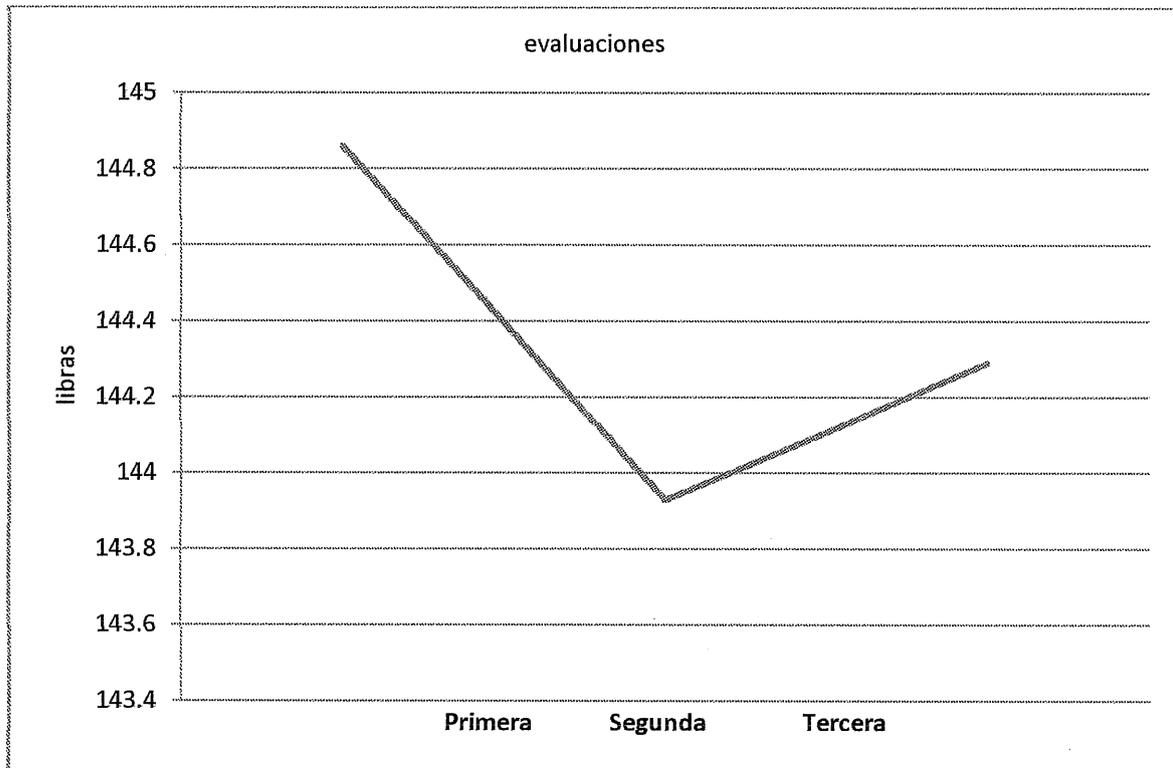
El 52.3% (n=23) dijeron tener algún vicio, consumo de alcohol en 20 y tabaco en 3. El consumo de alcohol y el de tabaco se mantuvo igual.

Gráfica 4
Consumo de alcohol y tabaco en las tres evaluaciones
Estado Físico y Estilo de Vida de los Residentes
De Primer Ingreso
Hospital General San Juan de Dios



En el examen físico, la talla promedio del grupo fue 1.62mts (± 0.01), el más bajo de 1.45mts y el más alto 1.84mts. El peso promedio fue 147.5 (± 26.64) libras al inicio, con un incremento a lo largo del año, como se observa en la gráfica 5. El peso promedio al final fue de 144 (± 43).

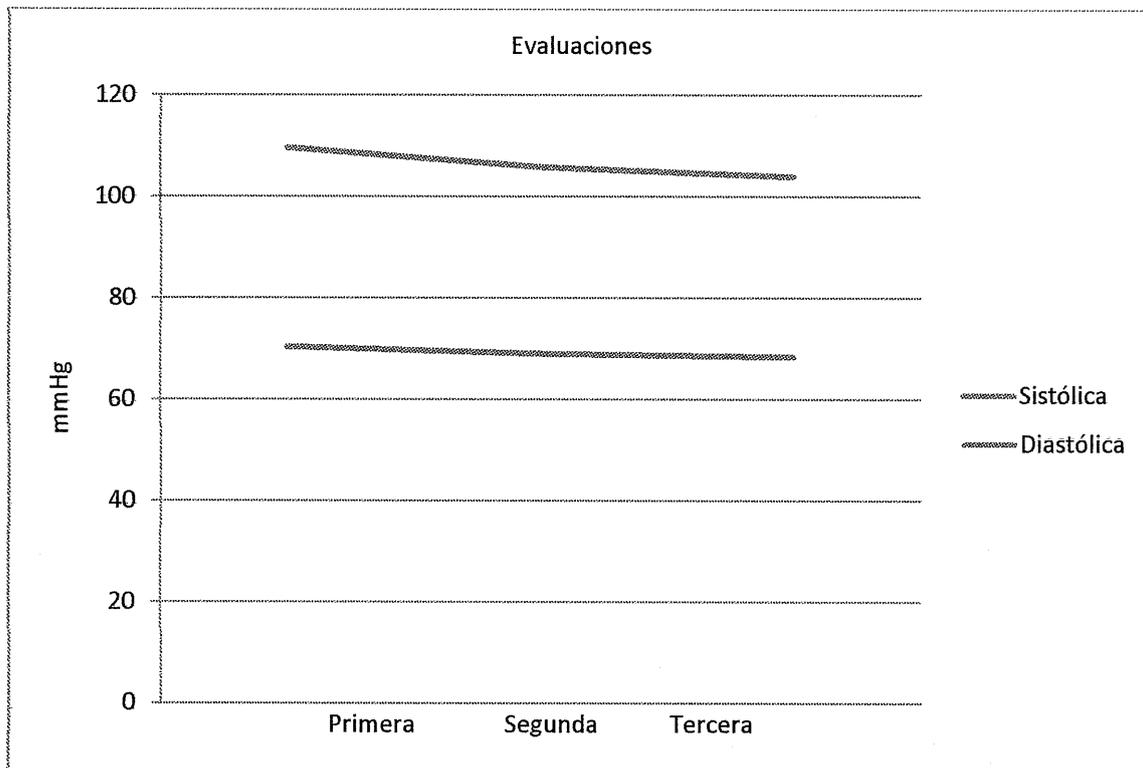
Gráfica 5
Peso promedio
Estado Físico y Estilo de Vida de los Residentes
De Primer Ingreso
Hospital General San Juan de Dios



La presión sistólica promedio al inicio fue 109.68 (± 10), con la evolución a lo largo de año como se observa en la gráfica 6. Durante las tres evaluaciones se evidencia una disminución de la presión arterial sistólica.

La presión diastólica promedio al inicio fue 70.45 (± 20), con una evolución a lo largo de año como se observa en la grafica 6. Se observa también una disminución en la presión diastólica.

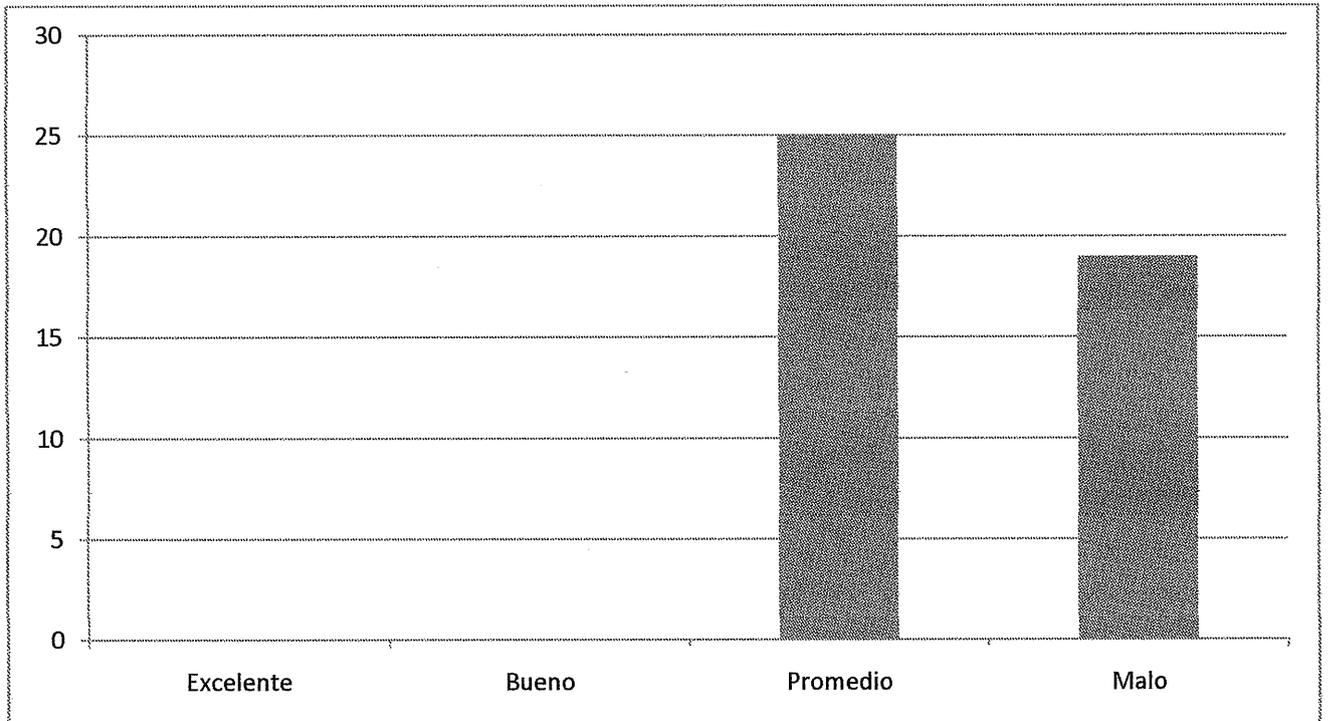
Gráfica 6
Presión Arterial Promedio
Estado Físico y Estilo de Vida de los Residentes
De Primer Ingreso
Hospital General San Juan de Dios



El 38.6% (n=17) usaban lentes. De acuerdo a la cartilla de Snellen realizada en las tres evaluaciones un 43.2% (n=19) de médicos tenían una visión óptima (20/20) sin lentes.

Gráfica 7

**Acondicionamiento físico
Estado Físico y Estilo de Vida de los Residentes
De Primer Ingreso
Hospital General San Juan de Dios**



VI DISCUSION Y ANÁLISIS

En nuestro estudio encontramos que la situación de salud de los médicos residentes que participaron no es lo que uno esperaría para un grupo que está dedicado al cuidado y recuperación de la salud.

Dentro de los resultados obtenidos, resaltan que su dieta tiene un alto contenido en carbohidratos, y que durante el período estudiado aumentaron estos y de las grasas, además de que hubo variaciones en el peso. Estos son factores que han sido estudiados como riesgo para el incremento de problemas como la Diabetes Mellitus y problemas cardiovasculares, los cuales se han incrementado a nivel regional como lo han demostrado diversos estudios. (19)

También es de señalar que casi la mitad de residentes haya presentado un mal acondicionamiento físico. Otro factor importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como se ha señalado en diversos estudios. (1)

Es contradictorio que en un grupo que tiene conocimientos sobre el daño que produce a la salud el consumo de tabaco, un porcentaje del mismo lo consuma. Esto a pesar de las campañas que realizan los diferentes organismos encargados de la salud (21,28)

A pesar de la educación que se recibe en las escuelas de medicina, los congresos y libros o revistas que indican lo perjudicial del uso o el hábito del consumo de alcohol y el tabaco; mas de la mitad de residentes tenían algunos de los dos, siendo casi la mitad de todos los residentes alcohol y un pequeño porcentaje tabaquismo, aumentando durante el periodo de su residencia el consumo de alcohol en personas que no tenían el hábito.

Entre los factores a considerar es la falta de atención a su salud; sometiéndose continuamente a un estudio de su posgrado y el trabajo estipulado en su área, por lo tanto al no tener tiempo más que cumplir con su trabajo cotidiano y las obligaciones como residente aumenta el estrés e iniciando malos hábitos como el del tabaquismo. La imposición de los jefes o residentes de mayor jerarquía para que salgan a beber bebidas alcohólicas implica una gran influencia en su vida inculcándole otro mal hábito. Al tener escaso tiempo, se necesita una alimentación que pueda ser preparada rápida y de igual manera de consumo

rápido, teniendo estas las más habituales las que contienen mayor contenido de carbohidratos y grasas; ya que las frutas y las verduras son difíciles de conseguir dentro del hospital y en los turnos. Después de una jornada de trabajo, dedican su tiempo a descansar por lo que no tienen iniciativa para ir a realizar algún tipo de ejercicio físico. Al padecer de alguna enfermedad o sentirse mal, por temor a no perder su puesto como residente, deciden asistir a sus labores y a sus estudios sin tener ninguna consideración a su salud con el único objetivo de lograr su éxito en el posgrado.

Aunque los resultados de esta investigación no se pueden transpolar a todo el cuerpo de residentes, debido a que fue una muestra a conveniencia (aceptación voluntaria para participar), sí nos proporciona información que consideramos que debe tomarse en cuenta y analizar sus implicaciones a la salud. Así como se realiza evaluación física de los estudiantes que ingresan a las universidades, consideramos que se debiera hacer también entre los médicos que ingresan a los diferentes programas de especialidades, y realizar evaluaciones a lo largo de su formación, pero con el objetivo de hacer las correcciones pertinentes.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1. El personal de salud a pesar de conocimientos sobre el daño que produce a la salud el consumo de tabaco, un porcentaje del mismo lo consume. Esto a pesar de las campañas que realizan los diferentes organismos encargados de la salud.

6.1.2. Teniendo en cuenta la importancia de realizar un ejercicio físico, casi la mitad de residentes presenta un mal acondicionamiento físico, cuenta como otro factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

6.1.3. Los residentes a pesar del conocimiento de una alimentación balanceada, se encuentran con la necesidad de comida rápida con el alto consumo de carbohidratos y grasas. Haciendo a un lado el consumo de vegetales y frutas, por dificultad en su preparación y consumo.

6.1.4. Según los resultados: una dieta no adecuada, mal acondicionamiento físico, tabaquismo, alcoholismo, ausencia de algún ejercicio tiene predisposición de enfermedades y observando los antecedentes de más frecuencia siendo esta la Hipertensión arterial. Tienen una predisposición de padecer de esta enfermedad.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1. Realizar un programa de ejercicio físico programado a gusto y a conveniencia de cada residente.

6.2.2. Proporcionar al residente un tiempo prudente para brindarle una dieta adecuada, siendo esta proporcionada en el Hospital

6.2.3. Programar citas a los residentes para su examen físico tanto por un médico especialista como por una nutricionista, con el objetivo de llevar una salud y dieta adecuada.

6.2.4. Tener en consideración que los malos hábitos deben ser sancionados y dar llamadas de atención para una oportuna recuperación y eliminación del mal hábito.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lalonde Marc, A new perspective on the health of Canadians, Minister of supply and Services Canada 1981, Government of Canada, pp. 31-34.
2. Pan American Health organization, Health in Human Development. Annual Report of the Director- 2001, Chapter 2.
3. Berger K, Ligth-to-Moderate Alcohol Consumption and the Risk of Stroke Among U.S. male Physicians. N Engl of Med, Nov18,1999, vol 341.number 21.1557-1563
4. Albert CM, Manzon JE, Cook NR, Ajani U A, Gaziano J M, Hennekens CH, Moderate alcohol consumption and the risk of sudden Cardiac death among US male physicians. Circulation;1999;100:944-950.
5. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal A M, Takemura S, Minowa M, Kawahara K. Smoking Prevalence an Attitudes Toward Smoking Among Japanese Physicians, JAMA 2001;285:2643.2648.
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I, Mortality in relation to smoking: 50 years observation on male British doctors. BMJ 2004; 328;1519.
7. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I, Smoking and dementia in male British doctors: prospective study. BMJ2000;320:1097-102.
8. Tafur LA, Ordoñez GA, Millan JC, Varela JM, Rebellòn P. Tabaquismo en personal De la Universidad Santiago de Cali, Colom Med 2005; 36: 194-198.
9. Fernández ML, Sanchez M, Prevalencia de consumo de tabaco entre las medicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Publica 1999; 73: 355-364.
10. Tapia-Conyer C, De la Rosa G, Garcia de la Torre K, Cigarette smoking; knowledge and attitudes among mexican Physicians, Salud Publica Mex 1997; 39: 507-512.
11. Gomez-Garcia R, Grimaldi-Carpio A. Tabaquismo en el personal de salud: estudio en una unidad hospitalaria. Salud Publica Mex 1998; 40:53-57.
12. Grossman D, Know J, Nash C, Jimenez J. smoking; attitudes of Costa Rican Physicians opportunities for intervention. Bulletin of the World Health organization, 1999,77 (4).
13. Salmeron-Castro J, Arillo-Santillan E, Campuzano-Rincon JC, Lopez-Antunano FJ, L Lazcano-Ponce EC, Tabaquismo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. Salud Publica Mex 2002;44 supl 1:S67-S75.

14. Gil Acajabin, M. O. Estado nutricional al ingreso y egreso de estudiantes de la facultad de ciencias médicas por medio del índice de masa corporal. Guatemala. Tesis.1998

15. Breijo, Francisco. Infarto agudo de Miocardio. España, 2005
 Disponible en: <http://www.articuloz.com/cardiologia-articulos/infarto-agudo-de-miocardio-5156856.html>

16. Araya R. y M. Padilla. Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo de miocardio en Costa Rica, 1970- 2001. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 16 No. 5, Noviembre 2004. pp. 295-301.
<http://www.ingentaconnect.com/content/paho/pajph/2004/00000016/00000005/art00001>

17. Barceló, Alberto. Diabetes en las Américas. Programa de Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 2, junio 2001. pp. 1-15 disponible en http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm

18. Alouch, J.R. et.al. Las Prioridades de Salud. Estrategias costo-efectivas para controlar las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo y comportamientos nocivos. Banco Mundial, Washington, D.C. 2006. pp109-110.
<http://files.dcp2.org/pdf/PIH/PIHSpanish.pdf>

19. Cecil. Tratado de medicina interna. 21ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana. 2002. pp. 171-195

20. Jong-Wook L. Dr. Tratado internacional para el control del Tabaco. Organización Mundial para la Salud. Ago. 2003. pp. 55-65

21. Lorza J. Dr. ¿Qué es el tabaquismo? Unidad de tabaquismo. Hospital de Santa Marina, Departamento de Neumología. Bilbao: Nov. 2000 pp. 84-101.

22. Dapcich V, Castell G. Ribas Barba L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de la alimentación saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria editor. 2004

23. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. 47º. Consejo Directivo, 58ª. Sesión del Comité Regional. Washington, D.C. septiembre 2006. pp. 6-7. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD47-17rv-s.pdf>

24. Tello, Luís Felipe, et.al. Factores de riesgo en los estudiantes universitarios, Clínica de Salud Universitaria, Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis 1978 pp. 6-52
25. El tabaquismo como problema social", Revista nacional de medicina Interna Mexicana. Asociación mexicana contra el tabaco. México: 2000. pp. 1-22
26. Jong-Wook L. Dr. Tratado internacional para el control del Tabaco. Organización Mundial para la Salud. Ago. 2003. pp. 1-8
27. Lorza J. Dr. ¿Qué es el tabaquismo? Unidad de tabaquismo. Hospital de Santa Marina, Departamento de Neumología. Bilbao: Nov. 2000. pp1-33
28. Mellado P. Dr. Enfermedad cerebro-vascular. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Programa de Medicina Intensiva. [en línea] disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/MedicinalIntensiva>

VIII ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ Especialidad _____

Sexo: _____

Edad: _____

Alergias

Rinitis: _____

Medicamentos _____

Alimentos _____

Antecedentes

* Diabetes Mellitus

* Cáncer

* Hipertensión Arterial

* Infarto Agudo de Miocardio

* Accidente Cerebro Vascular

* Alcohol

* Tabaco

* Asma Bronquial

Comida

* Come frutas diariamente:

* come vegetales diariamente:

* come exceso de leche, crema, huevos, cerdo, mantequilla, grasas

* Come en exceso azúcar, pasteles, pastas

Practica algún ejercicio por semana: _____

Fuma _____

Bebe licor _____

Talla: _____

peso: _____

Presión/AS: _____

Presión/AD: _____

Agudeza Visual

Usa Lentes: _____

Sin lentes ojo derecho: _____

Sin lentes ojo izquierdo: _____

Con lentes ojo derecho: _____

con lentes ojo izquierdo: _____

Acondicionamiento Físico

GRADA DE HARVARD

* EXCELENTE > 90

* BUENO 80-89

* PROMEDIO 55-79

* MALO: <55

* NO LA HIZO

Hospital General "San Juan de Dios"
Guatemala, C.A.

Oficio CI-314/2012

4 de octubre de 2012

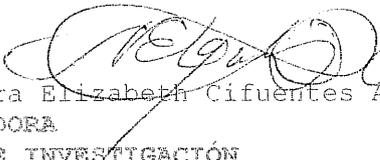
Doctor
Estuardo Alberto Corzo Fernández
MÉDICO EPS-EM DE CIRUGIA
Presente

Doctor Corzo:

El Comité de Investigación de este Centro Asistencial, le comunica que el Informe Final de la Investigación Titulada "ESTADO DE SALUD EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, ENERO A JUNIO DE 2012", ha sido aprobado para su impresión y divulgación.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,


Dra. Mayra Elizabeth Cifuentes Alvarado
COORDINADORA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



c.c. archivo

Julia

Teléfonos Planta 2321-9191 ext. 6015
Teléfono Directo 2321-9125

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada Estado de salud en Residentes de primer año en el Hospital General San Juan de Dios. Enero a Octubre de 2012.

Para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial