

R E V I S T A M É D I C A

PANACEA

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989



JournalTOCs



LILACS



Volumen 8 Número 2 Mayo - Agosto 2019

Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.

REVISTA MÉDICA
PANACEA

Vol. 8- N° 2 - Mayo 2019 - Publicación cuatrimestral ISSN 2 223-2893

DIRECTOR

Jorge Ybaseta Medina
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
LUIS GONZAGA

EDITOR GENERAL

Manuel Injante Injante
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
LUIS GONZAGA

COMITÉ EDITORIAL

Juan Miyahira Arakaki
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Pedro Bustios Rivera
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN
DE PORRES

Raul Ishiyama Cervantes
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Hugo Arroyo Hernández
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

Gabriela Soto Cabezas
DIRECCIÓN GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA

Juan Echevarria Zarate
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

J. Jhonnell Alarco
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

Juan Soria Quijaite
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ICA

Gualberto Segovia Meza
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

COMITÉ CONSULTIVO

Luis Suárez Ognio. DGE
Sergio Alvarado Menacho.UNMSM
Fernando Ardito Saenz.UPCH
Juan Carlos Aguirre Beltran.UNSLG
Juan Esteban Ceccarelli Flores.UNSLG

Cesar Loza Munarriz.UPCH
Guido Bendezu Martinez.UNSLG
Segundo Acho Mego.UPCH
Reyner Loza Munarriz.UPCH
Roy Dueñas Carbajal.UPCH

Andres Castañeda Vasquez.UNSLG
Luz Consuelo Figari Vasquez.UNSLG
Julio Hector Torres Chang.UNSLG

EDITOR ASISTENTE

Joaldo Torres Abanto.UNSLG

SOPORTE TÉCNICO

Ebed Guerra Borda.UNSLG

Impreso en: IMPRENTA VISA E.I.R.L. Mercado El Ayllu I 17
Telefono: (056)218267. Ica, Perú.

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA



**FACULTAD DE MEDICINA
DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

Benito Díaz López
DECANO

Beatriz Vega Kleyman
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

José Hernández Anchante
DIRECTOR ACADÉMICO

Luis Curotto Palomino
SECRETARIO ACADÉMICO

Fermín Cáceres Bellido
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN GRADOS y TÍTULOS

Jorge Moreno Legua
DIRECTOR DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

Carmen Vera Cáceres
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Hilda Guerrero Ortiz
DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN

Ubaldo Miranda Soberón
DIRECTOR DE PRODUCCIÓN Y BIENES

Marcos Ariza Oblitas
DIRECTOR DE ACREDITACIÓN y LICENCIAMIENTO

Jorge Chanllo Lavarello
DIRECTOR DE PROYECCIÓN SOCIAL

León Llacsá Soto
OFICINA DE SERVICIOS ACADÉMICOS

José Antonio Vílchez Reynoso
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS MÉDICAS

Nancy Brizuela Pow Sang
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS

Luis Silva Laos
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS

**UNIVERSIDAD NACIONAL
SAN LUIS GONZAGA DE ICA**

Anselmo Magallanes Carrillo
RECTOR

Asela Saravia Alviar
VICE RECTOR ACADÉMICO

Martin Alarcón Quispe
VICE RECTOR DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



REVISTA MÉDICA PANACEA Depósito Legal en BNP N° 2011-07139

La Revista impresa se distribuye gratuitamente y por canje, además, está disponible a texto completo en: www.revpanacea.unica.edu.pe
Teléfono: 056-225262

ISSN 2223-2893 - versión impresa
ISSN 2225-6989 - versión online

Presentación / PRESENTATION

La Revista Médica Panacea es una publicación cuatrimestral patrocinada por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, que publica resultados de investigaciones originales del área médica y de salud pública realizados a nivel nacional e internacional.

Los manuscritos presentados para publicación en la Revista Médica Panacea no deben haber sido publicados, ni presentados para su publicación en otra revista. La Revista Médica Panacea se reserva todos los derechos legales de reproducción del contenido.

Los manuscritos recibidos para publicación son sometidos a un proceso de revisión por pares. El manuscrito es enviado a dos revisores nacionales o extranjeros, pares de los investigadores, quienes realizan las correcciones u observaciones que sean pertinentes; luego el manuscrito es devuelto a los autores para que realicen las correcciones o respondan a las observaciones realizadas. En el caso que los revisores emitan opiniones contradictorias, se envía a un tercer revisor.

La versión diagramada tal como será publicada se envía a los autores para su corrección o aprobación.

La Revista Médica Panacea sigue las pautas establecidas en los “Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas”, de la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

La Revista Médica Panacea está indizada en LILACS, JOURNALSTOCS, IMBIOMED, DRJI E INDEX COPERNICUS.

La Revista Médica Panacea apoya las políticas para registros de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo la importancia de esas iniciativas para el registro y divulgación internacional de información sobre estudios clínicos, en acceso abierto. En consecuencia, a partir de julio de 2007 sólo se reciben para publicación, los ensayos clínicos que hayan sido registrados y recibido un número de identificación en uno de los Registros de Ensayos Clínicos validados por los criterios establecidos por OMS e ICMJE.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente la opinión del Comité Editorial de la Revista Médica Panacea.

Si desea publicar sus manuscritos, comuníquese con la oficina de la Revista Médica Panacea ubicada en la Facultad de Medicina “Daniel Alcides Carrión” Av. Camino a Huacachina s/n, Ica Perú, teléfono 056-225262 ó escribanos a nuestro correo electrónico: jybaseta@revpanacea.unica.edu.pe. La información a los autores e instrucciones para la presentación de manuscritos, donde se detallan las normas de formato y contenido de los artículos que se presentarán a la Revista Médica Panacea, se pueden obtener de la página electrónica: www.revpanacea.unica.edu.pe y en los números impresos de la Revista.

Depósito Legal en BNP N° 2011-07139

ISSN Versión electrónica: ISSN 2225-6989

ISSN Versión impresa: 22232893

INDICE

55

EDITORIAL

El Identificador de Objeto Digital(DOI) y la Revista Médica Panacea. / THE DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI) AND THE PANACEA MEDICAL JOURNAL.

Jorge Ybaseta Medina.

56

ARTICULOS ORIGINALES

INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA, 2018. / TO DETERMINE IF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY INFLUENCES THE ADHERENCE TO ANTITUBERCULOUS TREATMENT IN HSMS-ICA PATIENTS, 2018.

Arroyo Hernández Margarita del Rocío, Torres Chang Julio Hector.

58

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL SOBRE PESO Y OBESIDAD DE LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA FILIAL ICA. / PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF OVERWEIGHT AND OBESITY OF THE STUDENTS OF THE SAN JUAN BAUTISTA UNIVERSITY BRANCH ICA.

Leveau Bartra Harry, Ausejo Galarza Jhon Rodrigo, Córdova Tello Ivan Marco.

64

USO DE MICRONUTRIENTES Y GRADO DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD ICA 2017. / USE OF MICRONUTRIENTS AND DEGREE OF ANEMIA IN CHILDREN UNDER 3 YEARS OLD ATTENDED AT A CENTER HEALTH ICA 2017.

Oscco Torres Olinda, Ybaseta Medina Jorge, Auris Hernández Leydi, Sauñe Oscco Wilson E.

69

ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE SUPERFICIES INERTES Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. / BACTERIOLOGICAL ANALYSIS OF INERT SURFACES AND ANTIBIOTIC SENSITIVITY IN THE GENERAL SURGERY SERVICE OF THE REGIONAL HOSPITAL OF ICA.

Leveau Bartra Harry, Leveau Bartra Orison, Arizola Aguado Alicia.

73

ARTICULO ESPECIAL

PREVALENCIA DE MARCADORES INFECCIOSOS EN DONANTES DE SANGRE / PREVALENCE OF VIRAL MARKERS IN BLOOD DONORS

Tucto López Olga.

78

CARACTERÍSTICAS MATERNAS, FETALES Y NEONATALES DE RIESGO ASOCIADAS A MORTALIDAD NEONATAL / MATERNAL, FETAL AND NEONATAL RISK CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH NEONATAL MORTALITY

Huillca Yalico Cesar Raúl, Quispe Ilanzo Melisa.

82

INSTRUCCIONES PARA AUTORES



Este trabajo es licenciado
bajo Licencia Creative
Commons Atribución - No
Comercial - 4.0

EL IDENTIFICADOR DE OBJETO DIGITAL(DOI) Y LA REVISTA MÉDICA PANACEA

THE DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI) AND THE PANACEA MEDICAL JOURNAL

Jorge Ybaseta - Medina^{1,2}.

1. Profesor del Departamento de Ciencias Quirúrgicas, de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.
2. Ginecólogo Obstetra del Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú.

doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.269>

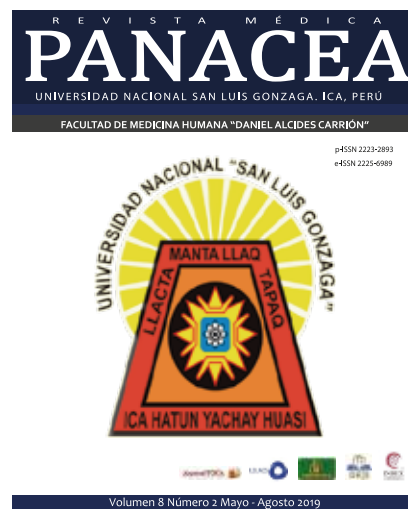
El DOI es un identificador permanente que es obligatorio se trata de un identificador de por vida que se apega al contenido de un objeto en línea en otras palabras se asignan números únicos personalizados a los PDF o HTML, audio, etc. (1) que son publicados en el Open Journal Systems (OJS) donde cada uno de estos objetos tiene su DOI haciendo posible que los usuarios puedan llegar a la fuente sin problemas, no importando si hay cambio de dirección electrónica de la revista o cambio de servidor puesto que el enlace DOI permanecerá asociado a la publicación científica, sin embargo si ocurriera cambio del localizador uniforme de recursos (URL) de la revista el sistema CrossRef logra automáticamente redirigir el DOI concreto a la nueva URL (1,2).

Ahora que la Universidad Nacional San Luis Gonzaga está involucrada en la comunidad Crossref, los contenidos de la Revista Médica Panacea tienen la fortuna de estar conectados con la red global de investigación en línea esto gracias a la adquisición de la membresía se ha obtenido el prefijo del DOI (identificador del objeto digital) de Crossref conformado por los números: 10.35563 que aplicaremos a los contenidos de la revista creando de esta manera los DOIs con el siguiente formato [https://doi.org/\[su prefijo\] / \[un sufijo de su elección\]](https://doi.org/[su prefijo] / [un sufijo de su elección]), el sufijo está dado por la información contenida en la plataforma OJS que consigna las iniciales de la revista el volumen y número, un ejemplo del DOI asignado a una de nuestras comunicaciones científicas es <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i1.261>

Es una satisfacción para toda nuestra organización el uso de los DOI Crossref porque permiten registrar el contenido, vincular y citar (2), es una ventaja exclusiva de importantes revistas científicas que manejan esta tecnología.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Wood, C.C. Por qué Crossref existe y persiste [online]. SciELO en Perspectiva, 2018 [viewed 24 June 2019]. Available from: <https://blog.scielo.org/es/2018/07/17/por-que-crossref-existe-y-persiste/>
2. Lammey Rachael. CrossRef developments and initiatives: an update on services for the scholarly publishing community from CrossRef. Sci Ed 2014;1(1):13-18. <https://doi.org/10.6087/kcse.2014.1.13>



Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.

CITAR COMO

Ybaseta-Medina Jorge. El Identificador de Objeto Digital (DOI) y la Revista Panacea. Rev méd panacea. 2019; 8(2): 56-57. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.269>



INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA, 2018

TO DETERMINE IF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY INFLUENCES THE ADHERENCE TO ANTITUBERCULOUS TREATMENT IN HSMS-ICA PATIENTS, 2018.

Arroyo-Hernández Margarita del Rocío^{1,a}, Torres-Chang Julio Hector^{2,b}.

1. Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú.
2. Hospital Regional de Ica, Perú.
 - a. Médico Cirujano.
 - b. Neumólogo.

doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.270>

Correspondencia:

Arroyo-Hernández Margarita del Rocío.
Número de celular:
Correo Electrónico:
Mayi_3_94@hotmail.com

Contribuciones De Autoría:

AHM, TCJ participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisaron críticamente el artículo y aprobaron la versión final.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Arroyo-Hernández Margarita del Rocío, Torres-Chang Julio Hector. Influencia de la sintomatología depresiva en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2018. Rev méd panacea. 2019; 8(2): 58-63. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.270>

Recibido: 08 - 03 - 2019
Aceptado: 05 - 05 - 2019
Publicado: 12 - 05 - 2019

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la sintomatología depresiva en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica, (HSMSI), 2018. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo transversal, observacional y analítico. La variable independiente fue el nivel de sintomatología depresiva medida con el Test de depresión de Zung; la variable dependiente fue la adherencia al tratamiento recibido mediante el Test de Morisky-Green, se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del HSMS registrados en el Libro de seguimiento del año 2018. **Resultados:** La mediana de edad fue de 30 años, RIQ (21 a 44). El 58,6% de los pacientes fueron hombres; el 58,6% lleva recibiendo más de tres meses tratamiento, el 10,3% presentaban otras comorbilidades como Diabetes Mellitus y VIH/SIDA; el 17,2% refieren como hábito nocivo consumo de alcohol. El grado de sintomatología depresiva leve fue del 37,9%, seguido de un grado moderado y severo con el 34,5% y 10,3% respectivamente. El 65,5% de los pacientes presentaron mala adherencia al tratamiento. Se encontró que conforme aumenta los grados de sintomatología depresiva la probabilidad de no adherencia al tratamiento se incrementa, sin embargo, no existe asociación significativamente estadística tanto en el análisis crudo como en el ajustado por edad y sexo. **Conclusiones:** Los grados de manifestación de sintomatología depresiva se incrementan con una mala adherencia al tratamiento antituberculoso en los pacientes atendidos en el Hospital Santa María de Socorro de Ica- 2018.

Palabras clave: Tuberculosis, síntomas depresivos y adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Objective: To determine if depressive symptomatology influences the adherence to antituberculous treatment in HSMS-Ica patients, 2018. **Materials and methods:** It is a cross-sectional, observational, analytical and prospective study. The Zung depression test was used to measure the level of depression; while the Morisky-Green Test was used to measure adherence to antituberculous treatment, and the population of patients treated in the Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis of the HSMS registered in the follow-up book was studied. year 2018, over 18 years. **Results:** Patients without depressive symptomatology 60% are adhered and 40% are not adherent to antituberculous treatment. Among patients with mild depressive symptoms, the highest percentage is 63.6% and 36.4% adheres to treatment. Patients with moderate depressive symptomatology 70% are not adherent to the treatment and 30% if they are adherent to the treatment. Finally, 100% of patients with severe depressive symptoms are not adherent to the treatment. As the degree of depressive symptomatology increases, the probability of non-adherence to treatment increases, however, there is no statistically significant association in both the crude analysis and that adjusted for age and sex. ($p = 0.425$). **Conclusions:** According to the results of the study, depressive symptomatology is associated with poor adherence to antituberculous treatment in patients of Santa María de Socorro Hospital in Ica- 2018.

Keywords: Tuberculosis, depressive symptoms, adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública en el Perú (1). Las estrategias de control de la tuberculosis buscan que el paciente no solo cumpla con el tratamiento, sino que este adherido; conocer factores o situaciones que pongan en peligro dicha adherencia será importante para el abordaje de la enfermedad y disminuir su transmisión (2).

La falta de adherencia al tratamiento antituberculoso, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento, aumentando la morbi-mortalidad, sino que también desde un punto de vista socioeconómico significa un enorme costo para las instituciones de salud y un riesgo para la población en general (3).

Es necesario que los integrantes del equipo de salud de las diferentes estrategias sanitarias de prevención y control de la TB, consideraren no solo dar la medicación al paciente, sino el preocuparse por su integralidad, identificando factores de riesgo que pudieran influenciar en la adherencia al tratamiento, como por ejemplo síntomas depresivos que podrían llevar al abandono o al incumplimiento del mismo (4).

Considerando que el primer pilar para el logro de las metas de la estrategia para acabar con la TB es la "Prevención y atención integral de la TB centrada en el paciente", es necesario hacer un abordaje con un enfoque multidisciplinario y no desatender la esfera mental (5). Por lo mencionado el objetivo de esta investigación busca determinar si la sintomatología depresiva influye en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del HSMSI, 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio de tipo observación, transversal y analítico. Los participantes fueron ñps pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis del HSMSI registrados en el Libro de seguimiento del año 2018, se seleccionaron a los pacientes con 18 años a más, la muestra fue no probabilístico por conveniencia.

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

La variable dependiente fue la adherencia al tratamiento antituberculoso y la variable independiente la presencia de sintomatología depresiva, se consideraron como variables intervinientes la edad y sexo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una encuesta autoadministrada, voluntaria y anónima que contenida información con antecedentes sobre enfermedades, hábitos nocivos y el Test de depresión de Zung que informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico, está formado por 20

preguntas relacionadas con la depresión, formuladas la mitad (10 preguntas) en términos positivos y la otra mitad (10 preguntas) en términos negativos y se encuentra dividido por ocho preguntas que miden los síntomas somáticos y otras ocho que miden los síntomas cognitivos, completándose la escala con dos preguntas referentes al estado de ánimo y los últimos dos a síntomas psicomotores (6). La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia (6), esta escala tiene una sensibilidad de un 97%, con una especificidad de 63% y tiene un 82% de acierto para discriminar depresión. Sin embargo, no se ha validado con certeza su capacidad para predecir alteraciones somáticas autonómicas. Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92) (7).

La encuesta incluyó además el Test de Morisky-Green para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en 4 preguntas con respuesta dicotómica (sí o no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento (8).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados mediante análisis descriptivos con frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas y mediante la media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico para variables numéricas, previa comprobación de distribución de normalidad con la prueba de Shapiro Wilk. Para calcular las razones de prevalencias (RP) crudas y ajustadas (RP_a) con intervalos de confianza al 95% (IC 95%) se utilizó un modelo regresión de Poisson, simple y ajustado con varianza robusta. Los análisis se realizaron en el programa Stata v.14.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio tuvo la aprobación para su ejecución por las autoridades de las instituciones involucradas. Se aplicó un consentimiento informado previa aceptación de los pacientes y no se excluyeron menores de edad. La información recolectada fue anónima.

RESULTADOS

La mediana de la edad fue de 30 años, con un rango intercuartílico de 21 a 44 años. El 58,6% de los pacientes fueron hombres y el 65,5% solteros; el, 58,6% lleva recibiendo más de 3 meses tratamiento, el 10,3% presentaban otras comorbilidades como Diabetes Mellitus y VIH/SIDA; el 17,2% refieren como hábito nocivo consumo de alcohol y el 44,9% no trabajan Tabla 1.

Tabla 1: Características de los pacientes

	n	%
Edad	30	RIQ: 21-44
Sexo		
Masculino	17	58.6
Femenino	12	41.4
Estado civil		
Soltero	19	65.5
Casado	4	13.8
Conviviente	6	20.7
Tiempo de tratamiento		
Tres meses a menos	12	41.4
Mayor de tres meses	17	58.6
Ocupación		
No trabajan	13	44.9
Trabajan	16	55.1
Comorbilidades		
Hipertensión	1	3.5
Asma	1	3.5
Diabetes Mellitus	3	10.3
VIH/SIDA	3	10.3
Habitos nocivos		
Consumo de alcohol	5	17.2
Drogas	1	3.5

La sintomatología depresiva se presentó en más de la mitad de los pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso. El grado de sintomatología depresiva leve es la de mayor proporción en los pacientes (37,9%), seguida de un grado moderada y severa con el 34,5% y 10,3% respectivamente. La adherencia de tratamiento antituberculoso es mala en el 65,5% de los pacientes que recibieron tratamiento antituberculoso Tabla 3.

Tabla 2: Sexo según sintomatología depresiva y adherencia al tratamiento

	Hombres		Mujeres		Valor de p
	n	%	n	%	
Nivel de sintomatología depresiva*					
Ninguna	2	40	3	60	0.299
Leve	5	45.5	6	54.5	
Moderada	7	70	3	30	
Severa	3	100	0	0	
Adherencia a tratamiento**					
Adherido	5	50	5	50	0.494
No adherido	12	63.2	7	36.8	

*Test exacto de Fisher, ** Chi cuadrado de pearson

Según el sexo, los hombres tuvieron una mayor proporción para presentar un incremento en el grado de sintomatología depresiva, aunque sin diferencia estadística con las mujeres ($P=0,299$), tampoco se encontró diferencias en el sexo y la adherencia al tratamiento ($P=0,494$). Asimismo, los pacientes con 30 años a más presentaron un incremento en el grado de sintomatología depresiva, aunque sin diferencia estadística con los pacientes menores de 30 años ($P=1,00$), tampoco se encontró diferencias entre los grupos de edad y la adherencia al tratamiento ($P=0,359$) Tabla 3.

Tabla 3: Grupos de edad según sintomatología depresiva y adherencia al tratamiento

	<30 años		≥30 años		Valor de p
	n	%	n	%	
Nivel de sintomatología depresiva*					
Ninguna	3	60	2	40	1,00
Leve	5	45.5	6	54.5	
Moderada	5	50	5	50	
Severa	1	33.3	2	66.7	
Adherencia a tratamiento**					
Adherido	6	60	4	40	0.359
No adherido	8	42.1	11	57.9	

*Test exacto de Fisher, ** Chi cuadrado de pearson

Se encontró que conforme aumenta los niveles de sintomatología depresiva la probabilidad de no adherencia al tratamiento se incrementa. Sin embargo, no existe asociación estadística tanto en el análisis crudo como en el ajustado por edad y sexo Tabla 4.

Tabla 4: Influencia de la sintomatología depresiva en la adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Hospital Santa María del Socorro de Ica 201

	Adherido		No Adherido		Análisis crudo			Análisis ajustado*		
	n	%	n	%	RP	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Nivel de sintomatología depresiva										
Ninguna	3	60	2	40	1			1		
Leve	4	36.4	7	63.6	1.59	0.48 a 5.19	0.442	1.6	0.52 a 4.84	0.406
Moderada	3	30	7	70	1.75	0.54 a 5.62	0.348	1.64	0.55 a 4.91	0.371
Severa	0	0	3	100	2.5	0.83 a 7.45	0.1	2.39	0.85 a 6.74	0.097

*Ajustado por edad y sexo

DISCUSIÓN

En el presente estudio muestra que un mayor nivel en la presentación de sintomatología depresiva se incrementa con una mala adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis. Si bien no se encontró una asociación estadística, debido a factores relacionados al diseño transversal de estudio y un escaso tamaño de muestra, el riesgo en este grupo de pacientes existe.

Diversos estudios han confirmado que existen factores psicosociales que complican la adherencia a medicamentos y hacen hincapié en la importancia de la atención a la salud mental para garantizar resultados positivos del tratamiento (9). Yan S. y Col (10) (2018); en su estudio de corte transversal coinciden también que los síntomas depresivos mostraron una mayor probabilidad de tener una baja adherencia al tratamiento que aquellos sin síntomas.

Este estudio coincide también con el estudio tipo casos y controles realizado por Petit y col.(11) cuya conclusión

fue que la falta de adherencia al tratamiento relacionado con la depresión, incrementa cuatro veces más el riesgo de culminación del tratamiento antituberculoso. Otro estudio internacional realizado por Plata-Casas (12) en el 2015 coincide en que factores psico sociales que pudieran influir en el paciente, contribuyen al incumplimiento y abandono del tratamiento.

Respecto a estudios realizados en Perú, Morales-Miranda (2015) (13) buscó determinar si la depresión influía en la adherencia al tratamiento en los pacientes multidrogosresistentes de la Red Asistencial Almenara en EsSalud-Lima, encontrando asociación entre depresión y adherencia al tratamiento, siendo en este estudio significativamente estadística. Maldonado-Alvarado (14) (2016), en un estudio con las mismas variables realizado en Pucallpa durante los años 2014-2015, encuentra asociación significativamente estadística entre la depresión y la adherencia al tratamiento. Riquero (15) (2012) en un estudio de tipo comparativo no experimental, concluye también en una

asociación entre la depresión y la mala adherencia al tratamiento.

La tuberculosis continúa es un problema de salud pública que hace poner en acción diferentes estrategias no solo de prevención sino también de control, por las consecuencias que esta trae. Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos no se ha logrado erradicar su impacto en la población. Un reto para el control es conseguir que las personas que se diagnostican e inician el tratamiento persistan hasta terminarlo para así lograr niveles óptimos de curación.

En conclusión, los niveles de sintomatología depresiva se incrementan con la mala adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes del Hospital Santa María del Socorro en el año 2018

Se debe recomendar insistir con las políticas del MINSA en la cual el paciente debe acudir al departamento de Psicología los primeros meses de su tratamiento, como parte de su enfoque multidisciplinario. Es innegable que el diagnóstico de la tuberculosis trae consigo la

presencia de sintomatología depresiva; por lo cual se recomienda no solo orientación psicológica al paciente, sino también a su familia ya que su apoyo hará que el paciente se involucre mejor con su enfermedad, mejorando la adherencia al tratamiento. Se debe de continuar con las capacitaciones al personal de salud, para detectar a tiempo sintomatología depresiva y así abordarlos a tiempo, evitando que se interponga en la adherencia al tratamiento.

La estrategia DOTS (Sistema de Tratamiento por Observación Directa) sigue siendo el núcleo de la estrategia Alto a la TB para combatirla y aumentar la adherencia al tratamiento; sin embargo, en el presente estudio se evidencia la mayor proporción de la población estudiada, no cuenta con una adecuada adherencia; por lo cual se recomienda aumentar las sesiones educativas acerca de la importancia del cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis no solo en que la medicación se consuma diariamente, sino también en un horario constante y establecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020; Documento técnico;2018
2. Yagui Moscoso M, Jave HO, Curisínche Rojas M, Gutiérrez C, Romaní Romaní F. Agenda Nacional de Investigación en Tuberculosis en Perú, 2011-2014. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(1):151-8.
3. Ministerio de Salud del Peru. Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020; Documento técnico;2018
4. Rios J. Situación de Tuberculosis en el Perú y la respuesta del Estado (Plan de Intervención, Plan de Acción) Estrategia de Prevención y Control de TB-DPCTB DGIESP-MINSA; 2017
5. Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
6. Vélez, C Barrera, AV Benito, M Figueroa, SM Franco. Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia Rev Esp Sanid Penit 2016; 18: 43-48
7. Lezama S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. Psicología. Avances de la disciplina. 2012, 6: 28-32
8. M.Á. Rodríguez Chamorro y col. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico. Pharmaceutical Care España 2013; 11(4): 183-191
9. Argiro Pachi, Dionisios Bratis, Georgios Moussas, and Athanasios Tselebis, "Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients,. Tuberculosis Research and Treatment, vol. 2013
10. Yan S. y col. Nonadherence to Antituberculosis Medications: The Impact of Stigma and Depressive Symptoms. Am J Trop Med Hyg. 2018 Jan;98(1):262-265.
11. Pettit AC, Cummins J, Kaltenbach LA, Sterling TR, Warkentin JV. Non-adherence and drug-related interruptions are risk factors for delays in completion of treatment for tuberculosis. Int J Tuberc pulmón Dis. 2013 abr; 17 (4): 486-92
12. Plata-Casas LI. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Rev. cienc. cuidad. 2015; 12(2): 26-38
13. Morales-Miranda E. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de Essalud.Lima.2015. Universidad Ricardo Palma. Lima-Peru 2015
14. Maldonado-Alvarado A. y col. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con TB-MDR en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo enero 2014- diciembre 2015. Univerisad Nacional de Ucayali. Pucallpa-Peru 2016
15. Riquero, P. (2014). Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del Minsa Chiclayo, 2012 Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.



p-ISSN 2223-2893
e-ISSN 2225-9989



Volumen 8 Número 2 Mayo - Agosto 2019

Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL SOBRE PESO Y OBESIDAD DE LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA FILIAL ICA.

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF OVERWEIGHT AND OBESITY OF THE STUDENTS OF THE SAN JUAN BAUTISTA UNIVERSITY BRANCH ICA.

Leveau-Bartra Harry^{1,a}, Ausejo-Galarza Jhon Rodrigo^{1,b}, Córdova-Tello Ivan Marco^{1,b}

1. Universidad Particular San Juan Bautista. Filial-Ica

a. Cirujano General.

b. Médico Cirujano.

doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.272>

Correspondencia:

Leveau-Bartra Harry.
Número de celular: +51 956608888
Correo Electrónico:
kahaisail4@hotmail.com

Contribuciones De Autoría:

LBH, AGJR, CTIM participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisaron críticamente el artículo y aprobaron la versión final.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Leveau Bartra Harry, Ausejo Galarza Jhon, Córdova Tello Ivan. Prevalencia y características del sobre peso y obesidad de los alumnos de la Universidad San Juan Bautista filial Ica. Rev méd panacea. 2019; 8(2): 64-68. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.272>

Recibido: 13 - 03 - 2019
Aceptado: 11 - 05 - 2019
Publicado: 12 - 05 - 2019

RESUMEN

Objetivo: Precisar la prevalencia de sobre peso y de obesos en alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica mayo 2019. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo observacional, transversal retrospectivo y descriptivo sobre una población de 3500 alumnos con una muestra de estudio de 348 alumnos de la Universidad en mención, de cualquier escuela profesional y de cualquier sexo que se encuentre en el rango de edad de 15 a 30 años. **Resultados:** La prevalencia de sobre peso y obesidad en alumnos de dicha Universidad de Ica en mayo del 2019 es 29%. La frecuencia de Sobre peso grado I es de 17.8%, de Sobre peso grado II es de 8.0% y de Obesidad es de 3.2%. La prevalencia de sobre peso y obesidad es significativamente más frecuente en los alumnos de entre 20 a 30 años (35.2%) en relación a los de 15 a 19 años (22.7%). La prevalencia de sobre peso y obesidad es significativamente más frecuente en los alumnos de sexo masculino (42.7%) en relación a las de sexo femenino (18.7%). **Conclusiones:** La prevalencia de sobre peso y obesidad en los alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica en mayo del 2019 es de 29% siendo la edad de 20 a 30 años y el sexo riesgos para el sobre peso y obesidad.

Palabras clave: Prevalencia; sobre peso; obesidad; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: TO determine the prevalence of overweight and obesity in the students of the San Juan Bautista University, Ica, May 2019. **Materials and methods:** Observational, retrospective and descriptive cross-sectional study on a population of 3,500 students with a study sample of 348 students of the San Juan Bautista University Ica affiliate of any Professional school and of any sex that is in the age range of 15 to 30 years. **Results:** The prevalence of overweight and obesity in students of the San Juan Bautista University in Ica in May 2019 is 29%. The frequency of Overweight Grade I is 17.8%, Overweight Grade II is 8.0% and Obesity is 3.2%. The prevalence of overweight and obesity is significantly more frequent in students between 20 and 30 years old (35.2%) in relation to those aged 15 to 19 (22.7%). The prevalence of overweight and obesity is significantly more frequent in male students (42.7%) in relation to female students (18.7%). **Conclusions:** The prevalence of overweight and obesity in the students of the San Juan Bautista Ica branch school in May 2019 is 29%, with the age of 20 to 30 years and sex risk for overweight and obesity.

Keywords: Prevalence; over obesity; weight; Perú (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y obesidad ha tenido en las últimas décadas un cambio en su comportamiento pues aumentó su incidencia a nivel mundial y Latinoamérica no es la excepción, este aumento de características epidémicas se manifestó en todas las razas, etnias, culturas y ciudades del mundo probablemente atribuido al efecto de la globalización que provocó que la gastronomía se desarrolle en todo el mundo.^{1,2} "Su causa es producida por varios factores, por lo tanto, su evitación, diagnóstico, tratamiento y control debe ser realizado por un grupo multidisciplinario, preparado de manera satisfactoria para tales capacidades. Uno de los puntos importantes a considerar en el tratamiento de la obesidad es que está fuertemente relacionada a las formas de vida, costumbres y autorretrato mental que cada sujeto tiene de sí (1).

Según ENDES 2014 la prevalencia de sobre peso en mayores de 15 años en el Perú es de 33,8%. Y según la OMS 2018 en el año 2016 alrededor de 1,900 millones > de dieciocho años tenían sobre peso, de ellos 650 millones fueron obesos, así mismo indica esta organización que 41'000,000 de < de 5 años tenían sobre peso o sufrían de ser obesos en ese mismo año (3,4,5).

La obesidad y el sobrepeso según la OMS en el 2018: 62 por ciento de adultos con sobrepeso tienen obesidad. La epidemia para nada es ajena a los niños y a menores de 20 años, pues entre el 20 y el 25 por ciento están afectados por el sobrepeso o la obesidad (6).

En el Perú los géneros masculinos tienen mayor proporción de sobrepeso u obesidad que las mujeres en los departamentos de: Ica (24,8 por ciento), Tacna (23,3 por ciento), Moquegua (21,8 por ciento). (Citado en Pajuelo, J. pp1817).

La obesidad se desarrolló al no consumir las calorías que ingresan al cuerpo resultando en un balance positivo de ahorro de energía que se deposita en forma de grasa⁸. El sobre peso y obesidad de los estudiantes se ve afectado por múltiples variables relacionados con las costumbre de vida, los estatus socioeconómicas en que se desenvuelven los estudiantes y en las facilidades de acceso a alimentos no balanceados como los que se expenden en zonas cercanas al centro de estudios, lo que ocasiona una modificación de los estados nutricionales que se esperan encontrar en estudiantes que a sus edades deben ser en su mayoría eutróficos, sin embargo, la realidad que se observa indicaría que los estados nutricionales de estos estudiantes están en gran medida aumentados con las consiguientes consecuencias del estado de salud física, mental y social de los mismos.

Los parámetros utilizados en esta investigación fueron: Clasificación del estado nutricional según IMC1

Estado Nutricional	IMC (kg/m ²)
Enflaquecido	< 18,5
Normal	18,5-24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obeso	> 30
Obeso grado I	30 - 34,5
Obeso grado II	35 -39,9
Obeso grado III	>40

Fuente: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad

Por ello es que se estudió este fenómeno para tener datos reales y actuales de los estudiantes de las diferentes escuelas de esta Universidad con la finalidad de poder influir en disminuir los riesgos a que se exponen estudiantes con estados nutricionales patológicos pues ello les expone a enfermedades como diabetes, hipertensión, estrés, así como bajo rendimiento académico, baja autoestima, entre otras afecciones. Por lo que en esta investigación se obtiene la prevalencia del sobre peso y obesidad y las características de los que lo presentan.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Investigación observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva.

Nivel y Diseño de estudio

Nivel descriptivo

Diseño Representado como:

M_____ O1

Donde:

M = Muestra

O1 = Observación

Población

Está conformada por los alumnos de dicha universidad que son 3500 alumnos de ambos sexos y de todas las escuelas profesionales.

Muestra

Fórmula de proporciones con población conocida

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

- n = Tamaño de muestra
- N = Población: 120
- Z = Nivel de significancia (95% = 1.96)
- E = Error aceptado (5%)
- p = 0.50
- q = 1-p = 0.50
- n = 348

Muestreo

Probabilístico al azar simple hasta 348 estudiantes estratificado por sexo

Unidad de análisis

Estudiante de dicha Universidad la Universidad de Ica y de cualquier escuela profesional y de cualquier sexo que desee colaborar con el estudio que se encuentre quince a treinta años de edad.

Criterio de exclusión: Estudiantes con bajo peso
Estudiantes cuyas edades no estén en el rango de 15 a 30 años

Hipótesis

H1: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica en mayo del 2019 es mayor a 20%

Variables

Variable de estudio
Sobre peso y obesidad

Variable de caracterización

Grados de sobre peso y obesidad
Grupo etéreo
Sexo

RESULTADOS

Tabla 1: Prevalencia de sobre peso y obesidad. Universidad San Juan Bautista filial Ica mayo 2019

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Normo peso	247	71.0%	70.94 - 71.06
Sobre peso y obesidad	101	29.0%	28.91 - 29.09
Total	348	100.0%	

Tabla 2: Sobre peso y obesidad según grados. Universidad San Juan Bautista filial Ica mayo 2019

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Normo peso	247	71.0%	70.94 - 71.06
Sobre peso grado I	62	17.8%	17.70 - 17.89
Sobre peso grado II	28	8.0%	7.9 - 8.1
Obesidad	11	3.2%	2.87 - 3.53
Total	348	100.0%	

Tabla 3: Sobre peso y obesidad según grupos etéreos. Universidad San Juan Bautista filial Ica mayo 2019

Estado Nutricional	EDAD		Total
	15 a 19 años	20 a 30 años	
Normo peso	133	114	247
	77.3%	64.8%	71.0%
Sobre peso y obesidad	39	62	101
	22.7%	35.2%	29.0%
Total	172	176	348
	100.0%	100.0%	100.0%

X²= 6.66 valor de p: 0.01

Tabla 4: Sobre peso y obesidad según sexo. Universidad San Juan Bautista filial Ica mayo 2019

Estado nutricional	Sexo del estudiante		Total
	Masculino	Femenino	
Normo peso	86	161	247
	57.3%	81.3%	71.0%
Sobrepeso y obesidad	64	37	101
	42.7%	18.7%	29.0%
Total	150	198	348
	100.0%	100.0%	100.0%

X²= 23.82 valor de p: 0.00

PRUEBA DE HIPÓTESIS

- 1- Formulación de las hipótesis:
H1: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica en mayo del 2019 es mayor a 20%
Ho: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica en mayo del 2019 es menor o igual a 20%
- 2- Nivel de significación: 95%
- 3- Estadística de prueba: Chi cuadrado de Pearson
- 4- Valor de Chi cuadrado calculado= 17.17 Valor de p= 0.00
- 5- Interpretación: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica en mayo del 2019 es mayor a 20%
- 6- Conclusión: Con 0.00% de error la prevalencia de sobre peso y obesidad en alumnos de la Universidad San Juan Bautista filial Ica en mayo del 2019 es 29%

DISCUSIÓN

El estudio precisó una prevalencia de sobre peso y obesidad de 29% (IC 95%= 70.94% - 71.06%). Aunque estos valores son menores a los que el Ministerio de Salud⁹ informa que los peruanos mayores de 15 años el

53.8% tienen sobre peso. Y según el INEI10 2017 refiere el 36.9% de los peruanos tienen sobre peso incrementándose en 1.4 puntos en relación al 2016. Según INEI 2017 en Ica el 40.2% de iqueños mayores de 15 años presenta sobre peso, estos porcentajes son mayores al encontrado en el estudio que se explicarían a que con la edad el riesgo de presentar sobre peso aumenta y en la investigación solo se consideró edades de 15 a 30 años. Esta situación es alarmante en nuestro país pues la condición de sobrepeso esta asociado a múltiples enfermedades como infarto agudo de miocardio, diabetes, hipertensión y a una mayor morbilidad en general y según la FAO11,12 el Perú ocupa el tercer puesto de tener personas con sobrepeso después de México y Chile3.

Al disgregar esta patología en grado se obtuvo que sobre peso de grado I tiene una frecuencia de 17.8%, sobre peso de grado II o pre obesidad tiene una frecuencia de 8% y obesidad se presentó con una frecuencia de 3.2%.

Cuando estos estados mórbidos son comparados por grupos etáreos se encuentra que el sobre peso y obesidad es más frecuente en edades de entre 20 a 30 años (35.2%) comparando con los que tienen de 15 a 19 años (22.7%) con diferencias significativas pues el chi cuadrado es de 6.66 y el valor de p es 0.01, lo que indica que la edad es un riesgo para desarrollar sobrepeso o ser obeso. La tendencia del incremento del índice de masa corporal (IMC) en edades entre cinco a diecinueve años, también ha sido descrita, para la mayor parte de regiones y países. (Citado en: Villena, J. 20175)

De igual modo se comparó el sobrepeso y obesidad según sexo, encontrándose que el sobre peso y obesidad son más frecúentes en el sexo masculino

(42.7%) en comparación con el sexo femenino (18.7%), diferencias altamente significativas pues el chi cuadrado es de 23.82 con un valor de $p= 0.00$, así, el sexo masculino es un determinante de riesgo para la obesidad. Al respecto ya el INEI10 2017 indica que el sobre peso se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino 37.5% en comparación con el femenino 36.3%. Es de mencionar que se creía que la obesidad era algo de países desarrollados y que los nuestros estarían exentos de estos problemas. En ese momento, la tasa de prevalencia de obesidad es del 9%, más en mujeres (10.9 %) que varones (5.2 %), y es deseable vivir en la ciudad de Lima y su área costera. (citado en Pajuelo, J.7), se observa que las diferencias entre el sexo respecto al sobrepeso en estos últimos años se han invertido atribuido a los estilos de vida, pues, con el advenimiento de las tecnologías las mujeres tienden tendencia a cuidar su aspecto físico más que los hombres.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de sobre peso y obesidad en alumnos de la Universidad San Juan Bautista de Ica en mayo del 2019 es 29%.
2. La frecuencia de Sobre peso grado I es de 17.8%, de Sobre peso grado II es de 8.0% y de Obesidad es de 3.2%.
3. La prevalencia de sobre peso y obesidad es significativamente más frecuente en los alumnos de entre 20 a 30 años (35.2%) en relación a los de 15 a 19 años (22.7%).
4. La prevalencia de sobre peso y obesidad es significativamente más frecuente en los alumnos de sexo masculino (42.7%) en relación a las de sexo femenino (18.7%).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad. II Consenso Latinoamericano de obesidad 2017. Disponible en: www.administracion.usmp.edu.pe/.../LIBRO-II-CONSENSO-LATINOAMERICANO-..
2. Un gordo problema: Sobrepeso y obesidad en el Perú / Ministerio de Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2012. 21 p.; ilus.; graf. Disponible en: www1.paho.org/.../wp-content/.../Gordo-problema.-Sobrepeso-y-Obesidad-Peru.pdf
3. OMS 2018. Obesidad y sobrepeso. Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int>
4. Malo-Serrano, M., Castillo N., Pajita D. La obesidad en el mundo. An. Fac. med. vol.78 no.2 Lima abr./jun. 2017.
5. Villena-Chavez, J. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. Rev. Perú. ginecol. obstet. vol.63 no.4 Lima oct./dic. 2017. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304...
6. Diabetes - OPS/OMS Perú Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Prevención de la obesidad. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_joomlaobook&view=topic...
7. Pajuelo Ramírez J. La obesidad en el Perú. An Fac med. 2017;78(2):179-185.
8. Universidad Nacional Autónoma de México. Obesidad en México 2013. Recomendaciones para una política de estado. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>
9. Perú es el tercer país de la región en obesidad y sobrepeso 2018. Disponible en: <https://publimetro.pe > actualidad > nacional>
10. INEI 2017. PERU Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/.../libro.pdf
11. Perú es el tercer país con más personas obesas según la FAO. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/peru/peru-es-el-tercer-pais-con-mas-personas-obesas-segun-la->
12. FAO/OPS: sobrepeso en Perú afecta a más de la mitad de la población, sobre todo a mujeres y niños. Disponible en: www.fao.org/peru/noticias/detail-events/en/c/463701/



p-ISSN 2223-2893
e-ISSN 2223-6989

Volumen 8 Número 2 Mayo - Agosto 2019

Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



USO DE MICRONUTRIENTES Y GRADO DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD ICA 2017

USE OF MICRONUTRIENTS AND DEGREE OF ANEMIA IN CHILDREN UNDER 3 YEARS OLD ATTENDED AT A CENTER HEALTH ICA 2017

Oscoco-Torres Olinda^{1,3,b}, Ybaseta-Medina Jorge^{2,3,a}, Auris-Hernández Leydi^b, Sauñe-Oscoco Wilson E.^{1,3,b,c}

1. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista, Filial Ica.
2. Docente del Departamento de Ciencias Quirúrgicas, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú
3. Hospital Santa María del Socorro de Ica, Ica, Perú.
 - a. Ginecólogo-obstetra
 - b. Licenciada en Enfermería
 - c. Especialista en Cuidados gerontológicos

doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.273>

Correspondencia:

Ybaseta-Medina Jorge.
Dirección: Villa del Médico B-7 Ica, Perú
Número de celular: +51 956747941
Correo Electrónico: jorgeybaseta@yahoo.es
<http://orcid.org/0000-0003-1224-1357>

Contribuciones De Autoría:

OTO, YMJ, AHL, SOWE participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisaron críticamente el artículo y aprobaron la versión final.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Olinda Oscoco Torres, Jorge Ybaseta Medina, Leydi Auris Hernández, Wilson E. Sauñe Oscoco. Uso de micronutrientes y grado de anemia en niños menores de 3 años atendidos en un centro de salud Ica 2017. *Rev méd panacea*. 2019; 8(2): 69-72. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.273>

Recibido: 23 - 03 - 2019
Aceptado: 18 - 05 - 2019
Publicado: 12 - 05 - 2019

RESUMEN

Objetivo: Determinar el uso de los micronutrientes y grado de anemia en niños menores de 3 años atendidos en un Centro de Salud de Ica 2017. **Materiales y métodos:** El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo, y transversal, la muestra estuvo conformada por 40 niños menores de tres años con sus respectivas madres, la técnica que se utilizó fue la observación y el análisis documental. **Resultados:** En relación a los datos generales de la madre, el 47.5% (19) tienen 19 a 34 años, el 50% (20) tienen instrucción superior, el 40% (16) son solteras y el 57.5% (23) trabaja fuera de casa; sobre los datos del niño, el 55% (22) tienen de 6 a 12 meses, el 72.5% (29) recibió solo lactancia materna hasta los seis meses y el 100% (40) inició la alimentación complementaria a los 6 meses. El uso de micronutrientes es adecuado en el 82.5% (33) de las madres y es inadecuado en el 17.5% (07). Según valores de hemoglobina, el 62.5% (25) de los niños no presentan anemia, el 37.5% (15) presentan anemia leve, no encontrando niños con anemia moderada ni anemia severa. **Conclusiones:** El uso de micronutrientes que administran las madres a sus niños es adecuado y los niños no presentan anemia en su mayoría, existiendo porcentajes menores de niños con anemia leve por lo que se sugiere que se continúe con el abastecimiento continuo de los micronutrientes realizando campañas educativas a fin de comprometer a las madres en la administración correcta de los micronutrientes en sus menores hijos aprovechando los momentos de contacto con las madres para la educación respectiva en la sala de espera, durante sus controles de inmunizaciones, controles CRED, y realizar un monitoreo periódico del control de hemoglobina.

Palabras clave: Micronutrientes, anemia, (Fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the use of micronutrients and the degree of anemia in children under 3 years of age served in an Ica Health Center 2017. **Materials and methods:** The study was quantitative, descriptive, and cross-sectional, the sample consisted of 40 children under three years with their respective mothers, the technique used was observation and documentary analysis. **Results:** In relation to the general data of the mother, 47.5% (19) are 19 to 34 years old, 50% (20) have higher education, 40% (16) are single and 57.5% (23) work; On the data of the child, 55% (22) have from 6 to 12 months, 72.5% (29) received only breastfeeding until six months and 100% (40) started complementary feeding at 6 months. The use of micronutrients is adequate in 82.5% (33) of mothers and is inadequate in 17.5% (07). According to hemoglobin values, 62.5% (25) of the children do not have anemia, 37.5% (15) have mild anemia, and there are no children with moderate anemia or severe anemia. **Conclusions:** The use of micronutrients administered by mothers to their children is mostly adequate and children do not have anemia in their majority. There are smaller percentages of children with mild anemia, so it is suggested that continuous supply of the micronutrients conducting educational campaigns in order to engage mothers in the correct administration of micronutrients in their younger children, taking advantage of the moments of contact with mothers for the respective education in the waiting room, during their immunization controls, CRED controls, and perform periodic monitoring of hemoglobin control.

Keywords: Micronutrients, anemia, (Source: DeCS BIREME)

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016 la prevalencia de anemia afectó a 273.2 millones de niños, de los cuales la mayor prevalencia fue de 47,4% en los niños en edad lactante y preescolar los índices más fueron en África 67,6% y Asia Sudoriental 65,5%, en el Mediterráneo Oriental, fue del 46%, y del 20% aproximadamente en las demás regiones Las Américas, Europa y Pacífico Occidental. (1)

En América Latina y El Caribe la tasa de prevalencia de anemia en el 2016 en niños menores de cinco años fue del 29,3%, lo cual corresponde a aproximadamente 23 millones de niños afectados sin diferenciar estrato socio-económico, grupo étnico cultural o área de residencia. (2)

En relación al uso de los micronutrientes, en el 2013 en Guatemala se halló un bajo porcentaje a la suplementación con micronutrientes espolvoreados en las comunidades de Colmenas y Suchiquer con 40% y 43%. (3)

En el 2013 en Ecuador, el 50% del total de los niños de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), dejó de consumir Chispas a la segunda semana de intervención a consecuencia que los padres acordaron con las promotoras suspender dicho tratamiento ya que los infantes en mención presentaron diarrea a partir de su consumo. (4)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el Perú en el primer semestre del 2016 los niños menores de 3 años cursaron una prevalencia de anemia de 52,3% en la zona rural y 40,2% en la zona urbana. Lima se vio afectada en un 35,5% y en el primer semestre del 2016 aproximadamente 149 mil niños y niñas de 6 a menos de 36 meses presentaron anemia. (5) El consumo de hierro en el grupo de edad de 6 a menos de 36 meses es deficiente y la causa de este consumo inadecuado es multifactorial, la dieta no provee la cantidad necesaria para cubrir los requerimientos de este mineral, alcanzando a cubrir solo un 62,9% en el caso de los niños menores de dos años. (6)

En tal sentido el objetivo de la investigación fue determinar el uso de los micronutrientes y el grado de anemia en niños menores de 3 años atendidos en un Centro de Salud de Ica 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, haciendo uso del muestreo no probabilístico intencional, considerándose a la población de 81 niños menores de 3 años, y la muestra fue de 40 niños y sus madres. Para la recolección de datos de la primera variable se realizó la observación la cual se hizo durante la visita domiciliar a la madre que previamente asistió al control de CRED de su niño; para la segunda variable se hizo uso de la historia clínica. Previo a la aplicación del instrumento de recolección de datos se sometió a control de calidad para determinar su validez, a través de la concordancia de opinión de Jueces expertos, obteniendo una validez de 0.022;

posteriormente se demostró la confiabilidad del instrumento de la primera variable a través del Alfa de Cronbach con un resultado de 0.6.

El análisis estadístico de los datos se realizó haciendo uso del paquete informático Microsoft Excel y Microsoft Office Word 2007.

RESULTADOS

Según datos generales de las madres el 47,5% (19/40) tienen entre 19 a 34 años, el 50% (20/40) tienen instrucción superior, el 40% (16/40) son solteras y el 57,5% (23/40) trabaja fuera de casa; según datos del niño, el 55% (22/40) tienen de 6 a 12 meses, el 72,5% (29/40) recibió solo lactancia materna hasta los seis meses y el 100% (40/40) inició la alimentación complementaria a los 6 meses.

Respecto al uso de micronutrientes cuando la madre les administra a sus niños es adecuado en el 82,5% (33/40) e inadecuado en el 17,5% (07/40)

El grado de anemia según valores de hemoglobina se tiene que el 62,5% (25/40) de los niños no presentan anemia, 37,5% (15/40) presentan anemia leve, no encontrando niños con anemia moderada ni anemia severa.

Tabla 1: Datos generales de las madres y niños menores de 3 años atendidos en el Centro de Salud de Tate, Ica 2017.

DATOS GENERALES	CATEGORÍA	Fr.	%
Edad de la madre	Menor de 19 años	6	15.0
	19 a 34 años	19	47.5
	Más de 34 años	15	37.5
Grado de instrucción	Primaria	2	05.0
	Secundaria	18	45.0
	Superior	20	50.0
Estado civil	Soltera	16	40.0
	Casada	14	35.0
	Conviviente	8	20.0
	Divorciada	2	05.0
Ocupación	Trabaja	23	57.5
	No trabaja	17	42.5
DATOS DEL NIÑO			
Edad	6 a 12 meses	22	55.0
	13 a 24 meses	17	42.5
	25 a 36 meses	1	02.5
Solo lactancia materna	Sí	29	72.5
	No	11	27.5
Inicio de alimentación complementaria	6 meses	40	100.0
	Otras edades	0	0
Total general		40	100.0

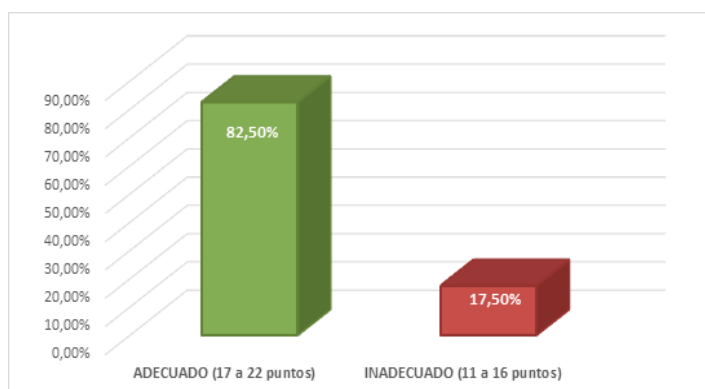


Gráfico 1: Consolidado global respecto al Uso de los micronutrientes en niños menores de 3 años atendidos en el Centro de Salud de Tate, Ica 2017.

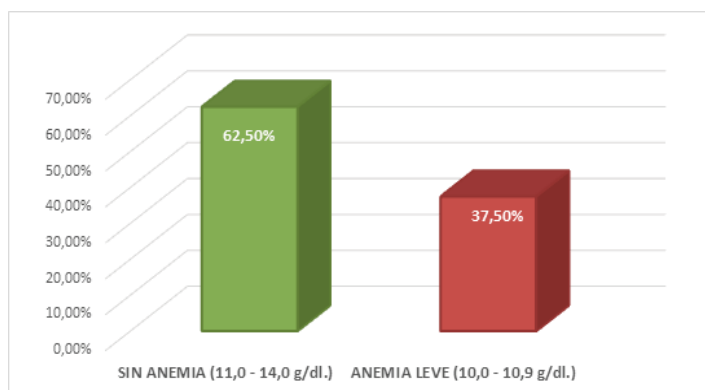


Gráfico 2: Grado de anemia según valores de hemoglobina en niños menores de 3 años atendidos en el Centro de Salud de Tate, Ica 2017.

DISCUSIÓN

Referente a los datos generales de las madres y sus niños menores de 3 años, son contrarios con Farfán A. (7) quién encontró un bajo nivel de escolaridad en las madres; Junco J. (8) halló que el 42,9% son madres jóvenes entre 17 y 25 años de edad, el 94,4% de las madres jóvenes solo alcanza el grado instrucción primaria, del total de las madres. Los datos demográficos de las madres como la edad, grado de instrucción,

ocupación, son factores que intervienen en la administración de los micronutrientes, el grado de instrucción superior en las madres hallado en la investigación juega un papel importante debido a un mayor conocimiento sobre la alimentación del niño en cambio si la madre trabaja fuera de casa es perjudicial porque no brinda un cuidado directo al niño, por lo que se deben considerar estos aspectos al momento de la orientación y recomendación en el uso de los micronutrientes.

Respecto al consolidado global sobre el uso de los micronutrientes, los resultados son contrarios con los obtenidos por Santisteban L, Valdiviezo M. (9) respecto a la adherencia con micronutrientes, donde solo un 58,9 % de niños menores de 36 meses presentan adherencia al tratamiento con micronutrientes; Izquierdo C. (10) halló que el consumo de micronutrientes es regular en 46,97%, 30,30% el nivel es malo y el 22,73% su nivel de consumo es bueno. Estos resultados permiten inferir que el uso de los micronutrientes utilizados por las madres para el consumo de sus niños son inadecuados en porcentajes considerables por lo que es necesario mejorar las estrategias para orientar y concientizar a las madres respecto al uso adecuado de la suplementación con micronutrientes.

Referente al grado de anemia según valores de hemoglobina en los niños menores de 3 años, resultados similares con Izquierdo C. (10) donde los resultados de los niños entre las edades de 6 a 36 meses que reciben micronutrientes el 96,97% se encuentran con valores normales de hemoglobina y un 3,03% con anemia leve; así mismo nuestros resultados son contrarios con Santisteban L, Valdiviezo M. (9) quien halló que solo el 37,5% tienen un nivel de hemoglobina normal de 11g/dl. La Anemia continúa siendo un problema de salud pública en el Perú, se observa en todos los estratos sociales y con mayor frecuencia en los niños menores de cinco años, por lo que es importante la implementación de estrategias enseñándole a la madre que debe incorporar alimentos que contengan hierro como la sangrecita, bazo, riñones, hígado, carnes rojas y pescados oscuros, dando énfasis a la suplementación con micronutrientes cumpliendo la conservación y administración adecuada para obtener los beneficios deseados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables; 2016 Disponible en: [://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-es).
2. FAO. Organización Regional para América Latina y el Caribe. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional, 2016.
3. Farfán A. Adherencia de las madres a la suplementación de niños de 6 a 59 meses de edad, con micronutrientes espolvoreados, en las comunidades Suchiquer y Colmenas del municipio de Jocotán, Chiquimula. Chiquimula: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia.
4. Reyes M. Evaluación del consumo y tolerancia del suplemento Chispaz en los CIBV de los barrios San Pedro y La Loma de la comunidad de Cangahua, octubre a noviembre 2012. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos, 2016. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continúa. Lima: INEI; 2016.
6. INEI. 948 mil niños menores de cinco años tienen anemia en Perú. URL. Disponible en: <http://rpp.pe/economia/economia/inei>.
7. Farfán A. Adherencia de las madres a la suplementación de niños de 6 a 59 meses de edad, con micronutrientes espolvoreados, en las comunidades Suchiquer y Colmenas del Municipio de Jocotán, Chiquimula, Guatemala. 2013.
8. Junco J. Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho. 2016.
9. Santisteban L, Valdiviezo M. Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses del Centro de Salud San Martín Lambayeque – Perú. 2017.
10. Izquierdo C. Influencia del consumo de micronutrientes en la prevención y tratamiento de anemia leve en niños de 6 a 36 meses. Centro de Salud Alto Perú –Sausal- La Libertad Trujillo – Perú. 2016 Disponible en: repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/772?show=full.



p-ISSN 2223-2893
e-ISSN 2225-6989



Volumen 8 Número 2 Mayo - Agosto 2019

Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE SUPERFICIES INERTES Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

BACTERIOLOGICAL ANALYSIS OF INERT SURFACES AND ANTIBIOTIC SENSITIVITY IN THE GENERAL SURGERY SERVICE OF THE REGIONAL HOSPITAL OF ICA

Leveau-Bartra Harry^{1,a}, Leveau-Bartra Orison^{2,b}, Arizola-Aguado Alicia^{3,c}

1. Universidad Particular San Juan Bautista. Filial-Ica.
2. Universidad Nacional de Ucayali.
- a. Cirujano General.
- b. Médico Patólogo Clínico

doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.274>

Correspondencia:

Leveau-Bartra Harry.
Número de celular: +51 956608888
Correo Electrónico:
kahaisail4@hotmail.com

Contribuciones De Autoría:

LBH, LBO, AAA, participaron en el diseño del estudio, el análisis de los datos, revisaron críticamente el artículo y aprobaron la versión final.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Leveau Bartra Harry, Leveau Bartra Orinson, Arizola Aguado Alicia. Análisis bacteriológico de superficies inertes y sensibilidad antibiética en el servicio de cirugía general del Hospital Regional de Ica. Rev méd panacea. 2019; 8(2): 73-77. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.274>

Recibido: 17 - 03 - 2019
Aceptado: 20 - 05 - 2019
Publicado: 12 - 05 - 2019

RESUMEN

Objetivo: Identificar las bacterias presentes en superficies inertes del área de cirugía y conocer su respectiva sensibilidad antibiética según corresponda. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo. Investigación para identificar microorganismos patógenos en superficies inanimadas del Hospital Regional de Ica. Se procedió a las tomas de muestra humedeciendo el hisopo en el caldo cerebro corazón y luego sembrado en agar sangre 5%, agar Mac Conkey y agar manitol salado, incubándolos durante 24 horas a 37°C, tinción de Gram, pruebas de catalasa y oxidasa. Se realizó la primera lectura dentro de las 24 horas. **Resultados:** Estafilococcus coagulasa negativo se aislaron en el lavadero, coche de medicación, mesa de comer, coche de curación de cirugía B y mesa de comer. Bacillus sp. se aislaron en pared y mesa de comer de Cirugía General. Staphylococcus aureus se aislaron en coche de medicación y coche de curación. Pseudomonas sp. Se aisló en mesa de comer de Cirugía General. El Staphylococcus aureus es resistente a la mayoría de antibióticos que usualmente se utiliza en el departamento de cirugía general del Hospital Regional de Ica. La Pseudomona Sp. es resistente a antibióticos que usualmente se utiliza en el servicio de cirugía general, aunque es sensible a algunos antibióticos utilizados en este servicio. **Conclusiones:** Se encontraron gérmenes en superficies inanimadas que están en íntimo contacto con pacientes del departamento de cirugía del Hospital Regional de Ica que pone en riesgo a contraer infecciones intrahospitalarias. El Staphylococcus aureus presenta mayor resistencia antibiética que la Pseudomona Sp.

Palabras clave: Gérmenes superficies inertes.

ABSTRACT

Objective: To identify the bacteria present in inert surfaces of the surgery area and to know their respective antibiotic sensitivity as appropriate. **Materials and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional, prospective study. Research to identify pathogenic microorganisms on inanimate surfaces of the Regional Hospital of Ica. The samples were taken by moistening the swab in the brain heart broth and then seeded on 5% blood agar, Mac Conkey agar and salted mannitol agar, incubating them for 24 hours at 37 ° C, Gram stain, catalase and oxidase tests. The first reading was made within 24 hours. **Results:** Staphylococcus coagulase negative were isolated in the laundry, medication car, eating table, surgery B healing car and eating table. Bacillus sp. They were isolated in the wall and table of eating of General Surgery. Staphylococcus aureus were isolated in medication car and healing car. Pseudomonas sp. It was isolated on a General Surgery table. Staphylococcus aureus is resistant to most antibiotics that is usually used in the general surgery service of the Regional Hospital of Ica. And Pseudomona Sp. Is resistant to antibiotics that is usually used in the general surgery service, although it is sensitive to some antibiotics used in this service. **Conclusions:** Germs were found on inanimate surfaces that are in intimate contact with patients of the surgical department of the Regional Hospital of Ica, which puts them at risk of contracting nosocomial infections. Staphylococcus aureus has greater antibiotic resistance than Pseudomona Sp.

Keywords: Germs inert surfaces.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones nosocomiales se definen como las que ocurren durante la hospitalización de un paciente, no están presentes en la hospitalización o durante el período de incubación y son un problema continuo en los hospitales de todo el mundo (1).

Esto se debe, entre otros factores, a la alta frecuencia de pacientes con trastornos inmunitarios, a la aparición de microbios resistentes, a la mayor complejidad de las intervenciones realizadas y a la ejecución de procedimientos invasivos. Las infecciones adquiridas en el hospital son una de las principales causas del aumento de la mortalidad y la morbilidad en pacientes hospitalizados, y una carga significativa para los pacientes y los sistemas de salud.

Durante más de 20 años se ha considerado que la fuente más importante de la enfermedad nosocomial es de tipo endógeno, pero se evalúa que el 20-40% de las contaminaciones se adquieren de manera transversal a partir de diferentes pacientes o personal y el 20% de la atmósfera. La contaminación de las superficies alrededor de los pacientes es un factor de discusión en el control de las enfermedades nosocomiales. Hay algunos factores a considerar: a) la capacidad del microorganismo de sobrevivir en superficies inertes; b) lo difícil que resulta de eliminar estos microorganismos y c) la ausencia de pautas de control de ordenación de la superficie para gérmenes intranosocomiales (2).

Un estudio de incidencia desarrollada con la subvención de la OMS en 55 nosocomios de 14 países típicos de 4 regiones que pertenecen a la OM (Asia Sudoriental, Mediterráneo oriental, Pacífico occidental y Europa) demostraron que el 8.7% de enfermos internados presentaron infecciones intrahospitalarias (1).

En Europa la tasa de infecciones nosocomiales está alrededor del 5% y en el Perú varía entre 3,7 y 7,5% dependiendo del tipo de institución hospitalaria (3).

Los ambientes hospitalarios albergan pacientes con diferentes patologías algunas no infecciosas y otras infecciosas y son estas últimas que muchas veces son fuente de contagio a otros pacientes o al mismo personal sanitario, las que llegan al huésped por distintas vías, sea esta vía área (Gotitas de Flügge) o suspensiones aéreas, contacto directo a través de manos o, a través de vectores (insectos). En el servicio de cirugía general del Hospital Regional de Ica de reciente construcción se tiene 40 camas con alto porcentaje de ocupación por la gran demanda hospitalaria. Las patologías más frecuentes motivos de hospitalización en este servicio son pie diabético complicado, pos operados de apendicitis aguda y pos operado de colecistectomía, entre otras de menos frecuencia. Las infecciones intrahospitalarias no son una excepción en este servicio los datos al respecto son subvaluados por la deficiente información que cuenta este nosocomio, lo que hace que muchos diagnósticos no son registrados adecuadamente.

El Hospital Regional de Ica es un hospital de referencia

importante para la región y además es docente albergando a alumnos de carreras de salud de las diferentes Universidades de la zona. Por lo que debe considerarse el estudio realizado por Catalán, I. (4) en España donde concluye que los hospitales de mayor tamaño y docentes presentaron una tasa de Neumonía asociada a ventilación mecánica superior a los de menor tamaño y no docentes.

De allí la importancia de esta investigación que identifica gérmenes patógenos que provocan alta letalidad y que se encuentran en el ambiente, en superficies inanimadas, en el propio paciente y personal sanitario. Así mismo, se determinó la sensibilidad antibiótica de los principales gérmenes patógenos. La investigación solo se limitó a identificar los principales gérmenes en las superficies inanimadas recomendando en otra oportunidad ampliar el área de análisis de los mismos. Al respecto, en 1978 Cozanitis y cols., describen la contaminación bacteriana de teléfonos en cuidados intensivos. (Citado en: Muñoz J. (5) et. al. 2012 p2.). Del mismo modo cerca del 42 por ciento de teléfonos celulares de uso por los servidores de salud se encuentran contaminados con microorganismos potencialmente infectantes. (citado en llanos 2017) (3).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Estudio observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva.

Nivel y Diseño de estudio

Nivel descriptivo

Diseño Representado como:

M_____ O1

Donde:

M = Muestra

O1 = Observación

Materiales

- Hisopos de algodón estériles
- Guantes descartables
- Tubos de ensayo de 13x100 mm con tapa rosca
- Asas estériles
- Mascarillas descartables
- Protector de cabello
- Plumón marcador
- Cooler
- Caldo de encéfalo corazón
- Agar Mac Conkey
- Agar Sangre 5%
- Agar Manitol con sal
- Agar Mueller hinton
- Discos de sensibilidad

Población

Áreas inertes del departamento de cirugía del Hospital Regional de Ica.

Muestra

Se muestrearon 16 ambientes del área de hospitalización de Cirugía, 8 en Cirugía A y 8 en Cirugía B, dentro de los cuales se incluyeron: lavaderos (2), coche de medicación

(1), coche de curación, paredes (2) y mesas de comer (2),

Muestreo

Probabilístico al azar simple.

Unidad de análisis

Superficie inerte

Procedimiento

- Humedecer el hisopo en el caldo cerebro corazón y bajo preseión suave sobre la superficie interna del tubo con movimientos de rotación para eliminar los sobrantes del caldo.
 - Con hisopo bajo inclinación sobre 30°, frotar 4 veces en direcciones opuestas una superficie 10 centímetros x 10 centímetros.
 - Poner el hisopo dentro del tubo que contiene una solución diluyente.
 - Transportar las muestras al laboratorio de microbiología, y se sembró en agar sangre 5%, agar Mac Conkey y agar manitol salado, incubándolos durante 24 horas a 37°C.
 - Se hicieron tinción de Gram, pruebas de catalasa y oxidasa, procediéndose a la identificación por pruebas bioquímicas convencionales y se les realizó antibiograma por el método de disco en difusión.
- Se realizó la primera lectura dentro de las 24 horas a fin de identificar los principales microorganismos: Estafilococcus coagulasa negativo, Bacillus sp, Staphylococcus aureus y Pseudomonas sp.

Hipótesis

No aplica

Variables

Variable de estudio

Bacterias en superficies inertes

Variable de caracterización

- Tipos de bacterias
- Superficies inertes
- Sensibilidad antibiótica

RESULTADOS

Tabla 1: Principales gérmenes identificados en superficies inertes del servicio de Cirugía del Hospital Regional de Ica noviembre del 2018.

	Estafilococcus coagulasa negativo	Bacillus sp.	Staphylococcus aureus	Pseudomonas sp.
Lavaderos	✓			
Coche de medicación	✓		✓	
Mesa de comedor	✓	✓		✓
Coche de curación	✓		✓	
Paredes		✓		

Fuente: Hospital Regional de Ica

Resultado: Estafilococcus coagulasa negativo se aislaron en el lavadero, coche de medicación, mesa de comer, coche de curación de cirugía B y mesa de comer de Cirugía A. Bacillus sp. Se aislaron en pared y mesa de comer de Cirugía General. Staphylococcus aureus se

aislaron en coche de medicación y coche de curación de cirugía A. Pseudomonas sp. Se aisló en mesa de comer de Cirugía General.

Tabla 2: Sensibilidad antibiótica de los principales gérmenes patógenos identificados en superficies inertes Principales del servicio de Cirugía del Hospital Regional de Ica noviembre del 2018.

COCOS GRAM POSITIVOS: STAPHYLOCOCCUS AUREUS		
Sensible	Intermedio	Resistente
Vancomicina		Oxacilina
Teicoplanina		Sulfatrimetropir
		Penicilina
		Eritromicina
		Clindamicina
		Levofloxacino
		Tetraciclina

Fuente: Hospital Regional de Ica

Resultado: Uno de los gérmenes patógeno más comunes como es el Staphylococcus aureus es resistente a la mayoría de antibióticos que usualmente se utiliza en el departamento de cirugía general del Hospital Regional de Ica.

Tabla 3: Sensibilidad antibiótica de los principales gérmenes patógenos identificados en superficies inertes Principales del servicio de Cirugía del Hospital Regional de Ica noviembre del 2018.

BACILOS GRAM NEGATIVOS: PSEUDOMONA Sp		
Sensible	Intermedio	Resistente
Cefotaxima	Cefuroxima	Ampicilina
Ceftazidima		Ampicilina/Sulbactam
Levofloxacino		Cefalotina
Meropenem		
Cefoperazona/Sulbactam		
Piperaciclina/Tazobactam		

Fuente: Hospital Regional de Ica

Resultado: Uno de los gérmenes patógeno más comunes como es la Psudomona Sp. es resistente a antibióticos que usualmente se utiliza en el departamento de cirugía general del Hospital Regional de Ica, quedando aún algunos antibióticos al que son sensibles.

DISCUSIÓN

Muchos factores contribuyen a las infecciones nosocomiales. Dependiendo de la sensibilidad del paciente: edad, sexo, enfermedad subyacente, estado inmune. Medio ambiente: plantas físicas, personal hospitalario, planes de visitas. Tratamiento institucional: inmunosupresores, antibióticos, técnicas invasivas, reconociendo dos fuentes de contagio: Humanos y No humanos dentro de estos último los inertes, ambientales y soluciones (6)

Actualmente queda establecido que todo lo que está alrededor del paciente debe estar exenta de gérmenes para evitar infecciones nosocomiales. Podemos decir que en todo lo que está seco y limpio no se desarrollan microorganismos que provocan infecciones, es lo que se considera un principio (7)

En la investigación como muestra la tabla N° 1 se encontraron microorganismos patógenos en superficies inanimadas como lavaderos, coche de medicación, mesa de comedor, coche de curación, paredes, que son estructuras muy cercanas a los pacientes hospitalizados en este servicio y considerando que todo paciente pos operado es un paciente con bajas defensas sobre todo aquellos con comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2, es que dichos pacientes se encuentran en riesgo de infecciones intrahospitalarias adquiridas a partir de estas estructuras inanimadas que llegarían a ellos a través de manos del personal sanitario o a través del aire al ser removidos sin previo uso de desinfectantes. Existen estudios al respecto como lo realizado por Llanos en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima donde encuentra que 111 de 124 (91,9%) estetoscopios estudiados estuvieron contaminados con bacterias patógenas, tanto Gram positivas como Gram negativas, las que con una alta frecuencia son resistentes a múltiples antibióticos.3 Además, Paz-Montes A, Fuenmayor-Boscán A. (8) en su estudio sobre riesgo bacteriano relacionado con utilización de teléfonos celulares en el servicio de laboratorio de Maracaibo-Venezuela, concluye que en 83% de los teléfonos se evidenció contaminación bacteriana y en 29% se identificó agentes con potencial patogénico definido, predominando *Enterococcus* spp., anaerobios estrictos, *Staphylococcus aureus* y enterobacterias.

Los gérmenes patógenos más frecuentes encontrados en este estudio son:

Staphylococcus aureus negativo *Bacillus* sp.
Staphylococcus aureus *Pseudomonas* sp. Algunos de estos gérmenes fueron encontrados en la Infecciones

Intrahospitalarias en el Hospital Goyeneche III-1 de Arequipa, 2012-2016, como agentes etiológicos: *P. aeruginosa* (20.22%), *A. baumannii* (16.85%), *S. coagulans* negativos (15.73%), *S. aureus* (12.36%), *E. coli* (10.11%), *K. pneumoniae* (4.49%) y en hongos a *Candida* sp. (5.62%) (9). Es de poner en consideración que según García De la Cruz, Y., Romero Berrocal, R. (10). en su estudio para determinar el efecto de dos desinfectantes de uso hospitalario sobre el crecimiento *In vitro* de *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*, concluyen que los desinfectantes Hipoclorito de sodio y Amonio cuaternario no tienen efecto significativo sobre el crecimiento *In vitro* de *S. aureus* y *E. coli*.

Así mismo, el ozono debido a su alto potencial oxidante, es capaz de eliminar toda clase de bacteria, tanto en el aire como en alguna superficie. El nivel de desinfección dependerá de la concentración del ozono en un ambiente, el tipo de bacteria y el tiempo de exposición (11).

Nunura, determina que los patógenos aislados prevalentes en el Servicio de Cuidados Críticos en una búsqueda bibliográfica de las principales bases de datos son: la *E. coli* con un 18%, la *Pseudomonas aeruginosa* y del *Acinetobacter baumannii* con un 13% (12). Es así como Rivera de la Torre, D. concluye en su estudio que se debe detectar las superficies con mayor contacto manual en las habitaciones hospitalarias, evaluar la eficacia del proceso de limpieza y desinfección, sin olvidar de crear conciencia sobre la importancia de un entorno limpio y saludable por medio de difusión de información (13).

En la tabla N° 2 se determinó una alta resistencia antibiótica para el germen *Staphylococcus aureus* que está involucrado en muchas infecciones intrahospitalarias sobre todo neumonía intrahospitalaria, por lo que su erradicación en los ambientes de cirugía es necesaria.

Así mismo en la tabla N° 3 se precisa que la *Pseudomonas* Sp también presenta resistencia antibiótica importante que requiere ser tomado en cuenta al momento de elegir antibióticos en forma empírica hasta esperar los resultados de sensibilidad antibiótica.

CONCLUSIONES

Se encontraron gérmenes en superficies inanimadas que están en íntimo contacto con pacientes del servicio de cirugía que pone en riesgo a contraer infecciones intrahospitalarias.

Existe alta resistencia antibiótica a gérmenes patógenos como *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas* Sp.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Promoción de la calidad guía de buenas prácticas prevención y control de la infección nosocomial. Salud Madrid.
2. López Cerero, L. Papel del ambiente hospitalario y los equipamientos en la transmisión de las infecciones nosocomiales. Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(7):459-464
3. Llanos-Cuentas A. Transmisión de infecciones nosocomiales por el personal de salud. *Rev Med Hered*. 2016; 27:73-74.
4. Catalán Gómez, I. ¿Influye la estructura hospitalaria en la etiología de la neumonía asociada a ventilación mecánica? Diferencias en la Etiología de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica según la Estructura Hospitalaria. España. 2017
5. Muñoz Escobedo, J; Varela Castillo, L; Chávez Romero, P; Becerra Sánchez, A; Moreno García, M. Bacterias patógenas aisladas de teléfonos celulares del personal y alumnos de la Clínica Multidisciplinaria (CLIMUZAC) de la unidad Académica de Odontología de la UAZ Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 31, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 23-31
6. Macedo, M., Blanco, J. Infecciones hospitalarias. Disponible en: www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccioneshospitalarias.pdf
7. Comité de Prevención y Control de Infecciones de adquisición Hospitalaria HZTW. Guía N° 3: Manual Integral de Procedimientos de Higiene Hospitalaria. hospital Zonal de Trelew "Adolfo Margara". 2017
8. Paz-Montes A, Fuenmayor-Boscán A. Riesgo microbiológico asociado al uso de teléfonos móviles en laboratorios clínicos hospitalarios de Maracaibo-Venezuela. *Rev. Kasma* 43(2): 148 - 157, Julio-diciembre 2015
9. Ramos Infantes F. Infecciones intrahospitalarias, resistencia antimicrobiana y factores de riesgo en pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Goyeneche III-1 de Arequipa, 2012-2016
10. Garcia De la Cruz, Y., Romero Berrocal, R. Efecto de dos desinfectantes de uso hospitalario sobre el crecimiento in vitro de *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*. Huancayo 2018.
11. Gonzales Vásquez C. Diseño e implementación de un sistema antiséptico aplicado a la desinfección de habitaciones en hospitales mediante el uso del ozono. Lima 2014
12. Nunura Caldas M. Prevalencia de las infecciones en los servicios de cuidados intensivos. 2016.
13. Rivera de la Torre, D. Programa de limpieza y desinfección en superficies hospitalarias para la prevención de infecciones relacionadas a la asistencia sanitaria. 2018.



p-ISSN 2223-2893
e-ISSN 2225-0989



Volumen 8 Número 2 Mayo - Agosto 2019

Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



PREVALENCIA DE MARCADORES INFECCIOSOS EN DONANTES DE SANGRE

PREVALENCE OF VIRAL MARKERS IN BLOOD DONORS

Tucto-López Olga^{1,a,b}

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú
- a. Médico Residente Patología Clínica
- b. Médico Cirujano

doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.275>

Correspondencia:

Olga Tucto López
Dirección: Urb. San Joaquín II
Etapa KI-I
Número de celular: +51 985534642
Correo Electrónico:
tuctoolga@gmail.com

Contribuciones De Autoría:

OTL Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Tucto-López Olga. Prevalencia de marcadores infecciosos en donantes de sangre. *Rev méd panacea*. 2019; (2):78-81. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.275>

Recibido: 10 - 03 - 2019
Aceptado: 09 - 05 - 2019
Publicado: 12 - 05 - 2019

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este artículo es realizar una revisión actualizada sobre prevalencia de marcadores virales en donantes del Banco de sangre. **Materiales y métodos:** La búsqueda bibliográfica se ha realizado en Pubmed, Medline y Scielo. Como criterios de selección se tomó en cuenta información publicada en dichas fuentes dada la confiabilidad de las mismas, con una antigüedad no mayor de 5 años, tanto en idioma español como inglés. **Resultados:** Se encontró un total de seis artículos: en México, se encontró un descenso de 5,375 (prevalencia=0.47) a 2,675 (prevalencia=0.15) casos seropositivos para VHB. El marcador serológico del VHC presentó un aumento de 8,170 (prevalencia=0.69) a 10,217 (prevalencia=0.57). En Colombia el marcador infeccioso más frecuentemente encontrado en los donantes fue Sífilis (1,73%), seguido por Hepatitis B (1,53%), Hepatitis C (0,46%) HTLV I-II (0,21%), la enfermedad de Chagas (0,27%) y VIH (0,17%). En Cuba se encontró una prevalencia de AgsHB 1,0 %, VHC 2,3 %, VIH 3,4 % y sífilis 2,3 %. En Perú el 0,6% (n=156) fue reactivo para HBsAg; 5,2% (n=1465) para anti-HBcAb 0,8% (n=232) para Anti-HVC y 1.21% para HTLV I-II. **Conclusiones:** Las cifras de prevalencia reportadas en los estudios son coherentes con los reportes de la OPS y coinciden entre ellos. La prevalencia constante de estos marcadores se debe a la poca educación sanitaria al respecto de las enfermedades transmisibles en cuanto a su transmisibilidad, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: prevalencia; donantes de sangre; marcadores serología (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: The objective of this article is to carry out an updated review on the prevalence of viral markers in Blood Bank donors. **Materials and methods:** The bibliography search was carried out in Pubmed, Medline and Scielo. As criteria for selection, information published in said sources was taken into account given the reliability of the same, with an age of no more than 5 years, in both Spanish and English. **Results:** Six articles were found: in Mexico, a decrease of 5.375 (prevalence = 0.47) to 2.675 (prevalence = 0.15) was found for seropositive cases for HBV. The serological marker of HCV showed an increase of 8,170 (prevalence = 0.69) to 10,217 (prevalence = 0.57). In Colombia, the infectious marker most frequently found in the donors was Syphilis (1.73%), followed by Hepatitis B (1.53%), Hepatitis C (0.46%), HTLV I-II (0.21%), Chagas disease (0.27%) and HIV (0.17%). In Cuba, a prevalence of HBsAg 1.0%, HCV 2.3%, HIV 3.4% and syphilis 2.3% was found. In Peru, 0.6% (n = 156) was reactive for HBsAg; 5.2% (n = 1465) for anti-HBcAb 0.8% (n = 232) for Anti-HVC and 1.21% for HTLV I-II. **Conclusions:** The prevalence figures reported in the studies are consistent with the PAHO reports and coincide among them. The constant prevalence of these markers is due to the lack of health education regarding communicable diseases in terms of their transmissibility, diagnosis and timely treatment.

Keywords: prevalence; blood donors; serology (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La transfusión sanguínea es una estrategia utilizada frecuentemente con propósitos terapéuticos, y en ocasiones con fines preventivos, en diferentes escenarios hospitalarios. Anteriormente, las complicaciones más graves eran la transmisión de enfermedades infecciosas y las reacciones hemolíticas por incompatibilidad ABO, que con el avance de técnicas de laboratorio y el diseño de protocolos para donación y administración de las transfusiones han disminuido significativamente su frecuencia y han permitido incrementar ostensiblemente la seguridad del paciente (1).

Actualmente al realizar transfusiones sanguíneas no es posible asegurar ningún riesgo. Para el año 2009 la organización mundial de la salud reportó una prevalencia de 33 millones de personas infectadas con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a nivel mundial, y se estima que más de 350 millones de personas presentan Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) o ambas (2).

En países con un Índice de Desarrollo Humano medio y alto se presentan bajos índices de transmisión de VIH, virus de la hepatitis B y C (1 por cada 1 500 000, 1 por cada 282 000, y 1 por cada 2 000 000 de habitantes, respectivamente). La relación del Índice de Desarrollo Humano con la prevalencia de enfermedades transmitidas por transfusión sanguínea para países con un Índice de Desarrollo Humano alto, medio y bajo es de 0,001%, 0,06% y 0,5%, respectivamente (3).

En concordancia con lo anterior, se conoce que el riesgo de contaminación con la transfusión de una unidad de sangre es de 1 en 132 000 para el VIH, 1 en 43 000 para la hepatitis B y 1 en 19 000 para la hepatitis C. Para el VIH y el Virus de la Hepatitis B (VHB), por lo menos 90% del riesgo es atribuible al periodo de ventana; mientras que para el Virus de la Hepatitis C (VHC) es de 73% a 88% (4). La Organización Mundial de la Salud establece que a toda unidad de sangre y hemocomponentes se le debe realizar pruebas de tamizaje, para la detección de marcadores serológicos de infecciones transmisibles por transfusiones sanguíneas. Actualmente en el Perú se realizan pruebas de tamizaje para la detección de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, del antígeno de superficie de la hepatitis B, de los virus linfotrópicos de células T humanas (HTLV-1 Y HTLV-2), antígeno y anticuerpo contra el virus del VIH (5).

Ante la mayor demanda de componentes sanguíneos por razones terapéuticas médicas y conociendo que existen muchas infecciones que transmiten por transfusión sanguínea. El objetivo de este artículo es realizar una revisión actualizada sobre prevalencia de marcadores virales en donantes del Banco de sangre.

MATERIALES Y MÉTODOS

La búsqueda bibliografía se ha realizado en Pubmed, Medline y Scielo. Como criterios de selección se tomó en cuenta información publicada en dichas fuentes dada la confiabilidad de las mismas, con una antigüedad no

mayor de 5 años, tanto en idioma español como inglés.

RESULTADOS

Se encontró un total de seis artículos, siendo tres de ellos realizados en población americana, dentro de ellos dos estudios peruanos.

J.Rojo-medina y JMBello-López (Mexico, 2017) realizaron un estudio de prevalencia de los virus de hepatitis C (VHC) y B (VHB) en donantes de sangre mexicanos, encontrando que de un total de 19,096 294 y 18,617 288 informes mensuales con resultados de pruebas serológicas del VHB y VHC fueron obtenidos respectivamente durante 13 años (2000-2012). Un descenso de 5,375 (prevalencia=0.47) a 2,675 (prevalencia=0.15) casos seropositivos al VHB fue observado. El marcador serológico del VHC presentó un aumento de 8,170 (prevalencia=0.69) a 10,217 (prevalencia=0.57) casos seropositivos. Concluyen que el aumento de la prevalencia del VHC indica que sigue siendo un potencial patógeno transmisible por transfusión y necesita tratamiento oportuno y eficaz (7). Leidy Camargo De la Hoz y col. (Colombia, 2018) realizaron un estudio para determinar el perfil de donantes de sangre y seroprevalencia de marcadores infecciosos, encontrando que 78,86% de los donantes de sangre fueron voluntarios por primera vez, la participación de la mujer como donante fue significativamente más baja (32,69%) en comparación con los hombres (67,31%), la fuente más importante de donantes fue la captación en campañas de donación (74,19%). El marcador infeccioso más frecuentemente encontrado en los donantes fue Sífilis (1,73%), seguido por Hepatitis B (1,53%), Hepatitis C (0,46%) HTLV I-II (0,21%), la enfermedad de Chagas (0,27%) y VIH (0,17%) (8).

Jaiberth Antonio Cardona y col. (Colombia, 2018) realizaron un estudio de prevalencia de virus de las Hepatitis B y C y factores asociados en un banco de sangre con base en una población de 25.842 donantes, se halló una alta proporción de donaciones en adultos jóvenes (57%) y mujeres (53%), predominó el tipo altruista (75%), no repetitiva o de primera vez (76%). La prevalencia del VHB fue 1,5% y del VHC 0,40% (9).

María Antonia Ramos Ríos y col. (Cuba, 2014) realizaron un estudio de incidencia de marcadores serológicos en donante de sangre en base a una población de 989, se alcanzó una incidencia de AgsHB 1,0 %, VHC 2,3 %, VIH 3,4 % y sífilis 2,3 % (10).

Jeél Moya y Edward Julcamanyan (Perú, 2014) realizaron un estudio de seroprevalencia de marcadores infecciosos causantes de pérdidas de hemodonaciones en el Servicio de Banco de Sangre, los hallazgos fueron Los hallazgos fueron 4.63% para HBcAb, 1.78% para sífilis, 1.21% para HTLV I-II, y 5.31% para otros marcadores serológicos de un total de 11399 donaciones completas. Concluyendo en que la prevalencia hallada demostró la mala calidad de donantes de sangre y el gran impacto económico por

hemoderivados desechados muestran las limitaciones en la cadena de donación (11).

Juan Morales y Col. (Perú, 2017) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia de marcadores de infección para hepatitis B, hepatitis C y conocer los factores asociados en los donantes de sangre. El estudio se realizó con datos del registro de donantes de un hospital público de Lima. De 28 263 sujetos analizados entre 2012 y 2015, el 0,6% (n=156) fue reactivo para HBsAg; 5,2% (n=1465) para anti-HBc, y 0,8% (n=232) para Anti-HVC (12).

DISCUSIÓN

La gran mayoría de los agentes transmisibles por transfusión, en los que se incluyen los virus de la hepatitis B y C y los retrovirus humanos, se pueden transmitir por vía sexual y se mantienen por largos períodos, como infecciones asintomáticas o estados de portador. Además, en un donante cuya sangre se extrae durante el período de incubación, puede ser infectante. Al mantenerse ocultos los hábitos de comportamiento sexual, implica un riesgo adicional (10).

Entre los agentes infecciosos estudiados en los artículos revisados están el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC), virus linfotrópico humano (HTLV) y sífilis.

La OPS reportó prevalencia de 0,19%, 4,31%, 0,47%, 1,12% y 0,61% para VIH, VHB, VHC, sífilis y Chagas, respectivamente, en unidades de sangre tamizadas en Perú durante el 2012 (13).

Considerando que el VIH es el agente infeccioso con mayor impacto en salud pública, su escrutinio como potencial agente de contagio por vía transfusional es trascendental (11).

En relación al VIH, los estudios tanto de Colombia y Perú muestran valores de prevalencia similares 0,17% y 0,19%

respectivamente a diferencia de Cuba 2,3%.

En relación al VHB, los estudios de México, Colombia muestran prevalencias similares 0,15% y 1,5% respectivamente a diferencia de los estudios peruanos que tienen prevalencias de 4,63% y 5,2%.

En relación al VHC, los estudios de México, Colombia y Perú muestran valores de prevalencia similares 0,57%, 0,46%, 0,73% respectivamente a diferencia de Cuba que muestra una prevalencia de 2,3%.

En relación a la infección por sífilis los estudios tanto de Colombia, Cuba y Perú muestran prevalencias similares 1,73%, 2,3% y 1,78% respectivamente.

La prevalencia encontrada para HTLV (0,98%), porcentaje establecido por la OPS, para donantes peruanos (13).

En relación al HTLV, el estudio de Colombia muestra una prevalencia de 0,21% a diferencia de Perú que tiene una prevalencia de 1,21%

CONCLUSIONES

Las cifras de prevalencia reportadas en los estudios son coherentes con los reportes de la OPS y coinciden entre ellos.

La prevalencia constante de estos marcadores se debe a la poca educación sanitaria al respecto de las enfermedades transmisibles en cuanto a su transmisibilidad, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Reducir la prevalencia hallada en los donadores de sangre sigue siendo un reto importante de los Bancos de sangre, para mejorar la calidad de la transfusión, disminuir el costo económico y por tanto, asegurar la transfusión de sangre segura y oportuna a los pacientes. Además de captar donantes con un perfil que asegure la sangre segura, se debe tener en cuenta la disposición de los reactivos de tamizaje, continuo abastecimiento de los mismos y con un eficiente sistema de control de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Delgado MB. Transfusión sanguínea. Uso racional. Revista Colombiana de Anestesiología. Colombia 2012; 40(4): 247-248.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v40n4/v40n4a01.pdf>
- Daza N, Sánchez M, Vanegas T, Ortega I. Prevalencia de infecciones en donantes de sangre en la Universidad Industrial de Santander versus parques de la ciudad de Bucaramanga, 2014. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Colombia 2016; 23(3): 55-60.
<http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v29n3/0121-0319-muis-29-03-00055.pdf>
- Rojo J. Enfermedades infecciosas transmitidas por transfusión. Panorama internacional y en México. Gaceta Médica de México. México 2014; 150(1): 78-83.
http://www.anmm.org.mx/bgmm/2014/1/GMM_150_2014_1_078-083.pdf
- Sánchez P, Sánchez MJ, Hernández S. Las enfermedades infecciosas y la transfusión de sangre. Revista Latinoamericana y Patología Clínica y Medicina de Laboratorio. Cuba 2012; 59(4): 186-193.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2012/pt124c.pdf>
- Concepción M, Concepción L, Marchena M, Estrada L. Frecuencia de marcadores serológicos de infecciones transmisibles por transfusión sanguínea en donantes voluntarios en un hospital de Trujillo, Perú. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almirante Aguirre Asenjo. Perú 2014; 7(3): 18-22.
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=103389&id_seccion=4615&id_ejemplar=10046&id_revista=299
- Loyola EO, Paredes JA. Digitalizando los datos en la gestión de donantes de sangre: ¿Lujo o necesidad?. Revista Médica Herediana. Perú 2014; 25(1): 53-54.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v25n1/v25n1cedit1.pdf>
- J.Rojo-medina, JMBello-López. National prevalence of hepatitis C and B viruses in Mexican blood donors. Revista Médica del Hospital General de México. Mexico 2017; 80(1):37-44.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185106316300749>
- Leidy Camargo De la Hoz, Claudia Consuegra, Astrid Coronado, et al. Perfil de donantes de un banco de sangre de la ciudad de Barranquilla- Colombia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2018; 37(3).
http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_3_2018/9_perfil_donantes.pdf
- Jaiberth Antonio Cardona, Jennifer Flórez Duque. Prevalencia de Virus de las Hepatitis B y C y Factores Asociados en un Banco de Sangre de Medellín. Archivos de medicina. Colombia 2018; 14(2):11.
<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/prevalencia-de-virus-de-las-hepatitis-b-y-c-y-factores-asociados-en-un-banco-de-sangre-de-medelliacuten-colombia-20152016.php?aid=22896>
- Jeél Moya, Edward Julcamayan. Seroprevalencia de marcadores infecciosos causantes de pérdidas de hemodonaciones en el Servicio de Banco de Sangre del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Horiz Med. Perú 2014; 14(4): 6-14.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a02v14n4.pdf>
- Morales J, Fuentes-Rivera J, Delgado-Silva C, Matta-Solís H. Marcadores de infección para hepatitis viral en donantes de sangre de un hospital nacional de Lima metropolitana. Rev Peru Med Exp Salud Pública. Perú 2017; 34(3):466-71.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300013
- Supply of Blood for transfusion in the Caribbean and Latin American Countries 2012-2013. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud, 2015.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8918:2013-supply-blood-transfusion-caribbean-latin-american-countries-2010-2011&Itemid=2163&lang=en



Volumen 8 Número 2 Mayo-Agosto 2019

Publicación científica destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud
mediante la publicación de artículos de investigación científica, desarrollo de temas de interés y otros.



CARACTERÍSTICAS MATERNAS, FETALES Y NEONATALES DE RIESGO ASOCIADAS A MORTALIDAD NEONATAL

MATERNAL, FETAL AND NEONATAL RISK CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH NEONATAL MORTALITY

Huillca-Yalico Cesar Raúl^{1,a}, Quispe-Ilanzo Melisa^{2,b}

1. Hospital Augusto Hernandez Mendoza – ESSALUD, Ica.
2. Natural and Social Sciences Research
 - a. Médico Pediatra
 - b. Licenciada en Enfermería

doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.276>

Correspondencia:

Huillca-Yalico, Cesar Raúl
Dirección: Urb. Las Palmeras 119-Ica -Ica
Número de celular: +51 982917808
Correo Electrónico: dr.huillca@gmail.com

Contribuciones De Autoría:

OTL Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y aprobación final del artículo

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Huillca-Yalico, Cesar Raúl, Quispe-Ilanzo Melisa. Características maternas, fetales y neonatales de riesgo asociadas a mortalidad neonatal. Rev méd panacea. 2019; (2): 82-86. doi: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i2.276>

Recibido: 11 - 03 - 2019
Aceptado: 11 - 05 - 2019
Publicado: 12 - 05 - 2019

RESUMEN

Introducción: En los últimos veinte años se han desarrollado esfuerzos por reducir la morbimortalidad perinatal a través de la mejora en los servicios que se ofertan al binomio madre-niño. **Objetivo:** Determinar las características maternas, fetales y neonatales de riesgo asociadas a mortalidad neonatal. **Materiales y métodos:** Búsqueda bibliográfica, a través de los motores de búsqueda de Pubmed, Scimedirect, Redalyc, Cochrane, Researchgate, Tripdatabase, Google Scholar y Elsevier, de artículos publicados con una antigüedad no mayor de 5 años, en idioma español como inglés. **Discusión:** Durante las últimas dos décadas existen esfuerzos por reducir la mortalidad y morbilidad neonatal a través de la mejora en la atención médica, identificando y reduciendo los factores de riesgo. Ante ello, la comunidad científica ha diseñado diversos estudios para determinar los factores maternos y neonatales asociados a la morbi-mortalidad neonatal. **Conclusiones:** La morbi-mortalidad neonatal es multifactorial y dependerá, en gran manera, de las características de las poblaciones estudiadas.

Palabras clave: mortalidad; morbilidad; recién nacido, factor de riesgo (fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Introduction: In the last twenty years, efforts have been made to reduce perinatal morbidity and mortality through the improvement of the services offered to the mother-child binomial. **Objective:** To determine the maternal, fetal and neonatal risk characteristics associated with neonatal mortality. **Methodology:** Bibliographic search of published articles, through the search engines of Pubmed, Scimedirect, Redalyc, Cochrane, Researchgate, Tripdatabase, Google Scholar, and Elsevier, with no more than 5 years old, in Spanish and English. **Discussion:** During the last two decades, there has been efforts to reduce neonatal mortality and morbidity through improvement in medical care, identifying and reducing risk factors. Given this, the scientific community has designed several studies to determine the maternal and neonatal factors associated with neonatal morbidity and mortality. **Conclusions:** Neonatal morbidity and mortality is multifactorial and will depend, to a large extent, on the characteristics of the studied populations.

Keywords: mortality; morbidity; infant newborn; risk factor (source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años se han desarrollado esfuerzos por reducir la morbilidad perinatal a través de la mejora en los servicios que se ofertan al binomio madre-niño. Estas acciones han tenido un importante impacto en la supervivencia neonatal (1), pero en la actualidad esta mejora muestra un lento avance (2,3).

Esta situación cobra vital importancia para la comunidad científica (4), debido a que más de la mitad de los niños que mueren en el primer año de vida son neonatos y más de la mitad, de estas muertes, ocurren en la primera semana de vida (5,6,7,8), identificándose a la prematuridad como el principal factor relacionado con esta problemática (9).

La población más vulnerable con limitado acceso a la atención de salud es la depositaria del mayor impacto de este problema (10), lo que indicaría la presencia de otros factores que afectan el desarrollo del producto, durante la gestación y el parto, así como su viabilidad después del nacimiento (11).

En ese sentido, la identificación de factores de riesgo previos al nacimiento así como las intervenciones sanitarias pos-parto ejercen un papel importante en la morbilidad y mortalidad neonatal que debe ser estudiada. Por esta razón, se desarrolla la presente revisión sistemática sobre las características maternas, fetales y neonatales que aumentan el riesgo de mortalidad neonatal en recién nacidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se encontraron 11 artículos, dos de ellos realizados en el Perú:

Pérez-Díaz y col.(2018) (12), en su documento "Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional", determinaron las características de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional de México se identificaron 308 defunciones neonatales. La edad gestacional al nacimiento fue de 30 ± 5 semanas; el peso al nacer 1944 ± 990 gramos. La causa principal de mortalidad fue inmadurez extrema (58; 19%) seguida de asfixia neonatal (41; 13%).

Manríquez y Escudero (2017) (13), en su investigación "Análisis de los factores de riesgo de muerte neonatal en Chile 2010-2014", estudiaron los factores sociodemográficos y fisiopatológicos maternos y del recién nacido asociados a la mortalidad neonatal en un hospital terciario de Chile, realizaron un pareamiento en una proporción 1:2 por año, mes de nacimiento y sexo. Durante el período de estudio ocurrieron 81 muertes neonatales, con una tasa estimada de 5,8 por mil nacidos vivos. Se accedió a 65 casos que se compararon con 130 controles. Las principales causas de muerte correspondieron a la prematuridad y malformaciones congénitas. Se encontró que la presencia de parto prematuro, recién nacido pequeño para la edad gestacional, puntaje Apgar al minuto entre 4-7, actividad materna fuera del hogar y parto por cesárea fueron los factores de riesgo más prevalentes.

Mendoza y col. (2017) (14), en su estudio "Determinantes biológicos de mortalidad neonatal, en una población de mujeres adolescentes y adultas de un hospital en Colombia" establecieron los determinantes asociados a mortalidad neonatal en una unidad de cuidados intensivos de Colombia. Se incluyó 5567 neonatos vivos, de los cuales fallecieron 125. La mortalidad se presentó en 2,25% de los neonatos, ocurriendo 76,80% de las muertes entre 0-7 días. Los determinantes maternos y obstétricos asociados de manera independiente a mortalidad neonatal incluyeron número de visitas en el control prenatal menor a 6, trabajo de parto prematuro espontáneo, sangrados del tercer trimestre e hipertensión arterial crónica. Entre los determinantes neonatales, la necesidad de reanimación cardiorrespiratoria, prematuridad o bajo peso al nacer, infecciones bacterianas graves, enfermedad de membrana hialina, hipertensión pulmonar, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas y cardiomiopatía hipertrófica, se asociaron independientemente a mortalidad neonatal. Para las complicaciones y eventos adversos hubo asociación independiente y estadísticamente significativa para infecciones asociadas a la atención en salud, hemorragia intraventricular grados III y IV de Papille y hemorragia pulmonar.

Grandia y col.(2016) (15), en el estudio retrospectivo de una cohorte de RNMBP de 26 centros perinatales terciarios y universitarios de la Red Neonatal Sudamericana (NEOCOSUR), que incluye Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay, entre 2000 y 2011, denominado "Factores perinatales asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso: estudio multicéntrico", evaluó los factores de riesgo asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP, ≤ 1500 g) y el impacto de la administración antenatal de corticoides. Observaron que –en 11455 registros evaluados– la tasa de mortalidad neonatal fue de 22,3% con una elevada variabilidad entre los centros. Los factores independientemente asociados a menor mortalidad de los RNMBP fueron la administración de corticoides prenatal, mejor puntaje Z del peso de nacimiento, hipertensión arterial y cesárea. Asimismo, mediante pareamiento, el riesgo de muerte se redujo en 38% asociado a los corticoides prenatales.

Claros y Mendoza (2016) (16), en su investigación "Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal", evaluaron el impacto sobre la mortalidad neonatal, peso al nacer y edad gestacional, de los trastornos hipertensivos (preeclampsia e hipertensión arterial crónica), diabetes (gestacional y no gestacional) y obesidad en la gestación, en un grupo de neonatos nacidos en un hospital colombiano, entre 2005 y 2015. Hallaron asociación significativa entre bajo peso al nacer y prematuridad con preeclampsia e hipertensión arterial

crónica y entre mortalidad neonatal hipertensión arterial crónica y diabetes.

Carrera y col. (2016) (17), desarrollaron el estudio "Mortalidad neonatal en una institución de tercer nivel de atención" cuantificaron la tasa de mortalidad neonatal en el Instituto Nacional de Perinatología de México, así como las principales causas de muerte y los factores maternos. Incluyó a todos los recién nacidos que fallecieron dentro de los primeros 28 días de vida en el periodo comprendido de enero de 2014 a agosto del 2015 en el Instituto Nacional de Perinatología. La tasa de mortalidad fue del 18,5/1000 NV; la principal causa de muerte fueron las cardiopatías congénitas y problemas respiratorios. El 51,6% de los fallecimientos ocurrió en las primeras 24 horas de vida, debido a malformaciones genéticas; el 25,4%, entre el primer y séptimo día, donde predominaron las cardiopatías congénitas y respiratorias y el 22,8% falleció después de los 7 días de vida. La edad gestacional promedio fue de 31,1 semanas (23,4- 39,1 semanas) y peso al nacimiento de 1,345 g (390-3,325 g).

Mendoza y col. (2015) (18), en el estudio de casos y controles "Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal" se identificaron la influencia de la adolescencia y su entorno sobre la adherencia al control prenatal y su impacto sobre la prematuridad y/o bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal, evaluaron 570 adolescentes y 2093 gestantes ≥ 20 años de edad, cuyos neonatos fueron hospitalizados en una unidad neonatal. La edad materna 13-19 años se halló asociada a mala adherencia al control prenatal, después de ajustarse por escolaridad < 11 años, carencia de esposo o compañero permanente, carencia de seguridad social en salud y antecedente de gravidez ≥ 2 gestaciones. La no adherencia al control prenatal se asoció con aumento de riesgo de prematuridad y/o bajo peso al nacer y de la mortalidad neonatal.

Rangel (2015) (19), en su estudio observacional "Análisis de la mortalidad neonatal en el Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez. Comparación de dos periodos bianuales" identificaron los factores asociados a la mortalidad del recién nacido en el Hospital General de Ecatepec analizaron 188 cuestionarios confidenciales de muerte perinatal de enero 2003 a diciembre 2006 y 100 cuestionarios del periodo enero 2007 a mayo 2008. La combinación de prematurez y peso menor de 1500 gramos se observó en el 61% y 66% de los fallecidos en el primer y segundo periodo, respectivamente.

Grünebaum y col. (2014) (20), en su trabajo de investigación "Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009" examinaron la mortalidad neonatal en relación con los establecimientos de nacimiento y personal asistente del parto en los Estados Unidos desde 2006 hasta 2009. Se usaron los datos vinculados al nacimiento y la muerte infantil de los Centros para el Control y Prevención de

Enfermedades de los Estados Unidos -desde el 2006 hasta el 2009- para evaluar la mortalidad neonatal total y temprana de productos únicos, eutócicos y a término sin malformaciones congénitas atendidos por parteras y médicos en el hospital así como parteras y otros fuera del hospital. Los investigadores observaron que los partos en casa de parteras tuvieron un riesgo de mortalidad neonatal total significativamente más alto que los partos hospitalarios (1,26 por 1000 vs 0,32 por 1000 nacimientos). Los partos de 41 semanas o más atendidos por parteras (1,84 por 1000 vs 0,27 por 1000) y los partos de primíparas en la casa de las parteras (2,19 por 1000 vs 0,33 por 1000) tuvieron riesgos significativamente más altos de mortalidad neonatal total que los partos hospitalarios. En los partos domiciliarios de la partera, la mortalidad neonatal para los primeros partos fue el doble que la de los partos posteriores (2,19 frente a 0,96 por 1000). El exceso de mortalidad neonatal total para los partos domiciliarios por partera en comparación con los partos hospitalarios por partera fue de 9,32 por cada 10 000 nacimientos, y el exceso de mortalidad neonatal temprana fue de 7,89 por cada 10 000 nacimientos. Los autores concluyeron que el estudio muestra un aumento significativo de la mortalidad neonatal total y temprana en los partos en el hogar e incluso mayores riesgos para las mujeres de 41 semanas o más y las mujeres que tienen un primer parto.

Velásquez y col. (2014) (21), en su estudio observacional "Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas neonatales del año 2011 en Huánuco y Ucayali, Perú" estimaron la tasa de mortalidad neonatal y describir las defunciones neonatales ocurridas en el 2011 en hospitales del Ministerio de Salud de las regiones Huánuco y Ucayali revisaron los registros de 185 defunciones neonatales en municipalidades provinciales, direcciones regionales de salud y cuatro hospitales de referencia. La revisión de historias clínicas en los hospitales permitió describir las causas básicas de las muertes neonatales. Hallaron que en el 2011 se reportaron en Huánuco 158 muertes neonatales, con una tasa de 14,5 muertes por 1000 nacidos vivos; en Ucayali, se reportó 138 muertes neonatales, con una tasa de 12,1 muertes por 1000 nacidos vivos. La mayoría de muertes neonatales hospitalarias ocurrieron en los primeros 7 días de vida (87%), en neonatos prematuros (73,9%) y con bajo peso al nacimiento (67%). Las causas básicas más frecuentes en las muertes neonatales fueron: infección (31,4%), malformación congénita (22,2%) y prematuridad (18,9%).

Vela y col. (2015) (22), en el estudio de casos y controles "Factores de riesgo materno- perinatales asociados a muerte en recién nacidos prematuros con enfermedad de membrana hialina tratados con surfactante pulmonar exógeno; en el Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray; Essalud; Trujillo; 2002-2012" determinaron si los factores materno-perinatales fueron factores de riesgo asociados a muerte en recién nacidos prematuros con enfermedad

de membrana hialina tratados con surfactante pulmonar exógeno en el hospital "Víctor Lazarte Echegaray", EsSalud, Trujillo. Se revisaron 120 historias clínicas, distribuidas en dos grupos: 40 casos que correspondieron a recién nacidos pre-término con enfermedad de membrana hialina tratados con surfactante pulmonar exógeno fallecidos durante su hospitalización y 80 controles que correspondieron a recién nacidos pre-término con enfermedad de membrana hialina tratados con surfactante pulmonar exógeno vivos al momento del alta hospitalaria. Se encontró una diferencia altamente significativa para preeclampsia, depresión severa al nacer, hemorragia intraventricular y peso al nacer $\leq 1500g$. No hubo diferencia significativa para el resto de factores estudiados.

DISCUSIÓN

Durante las últimas dos décadas los esfuerzos de la investigación médica perinatal y neonatal se ha orientado a reducir la mortalidad y morbilidad neonatal a través de la mejora en la atención médica obstétrica y perinatal, identificando y reduciendo los factores de riesgo. Llevando estos esfuerzos al aumento sustancial en las tasas de supervivencia neonatal, incluso en recién nacidos extremadamente prematuros (1); sin embargo, esta mejora ha mostrado de forma lenta y, además, una alta proporción de sobrevivientes experimenta morbilidades neonatales que pueden estar asociadas con resultados adversos a largo plazo (2,3).

La comunidad científica ha diseñado diversos estudios

para determinar los factores maternos y neonatales asociados a la morbi-mortalidad neonatal. De los factores neonatales Perez-Diaz y col. (12) postulan que la mortalidad se asocia con la inmadurez neonatal y asfixia; además, Manríquez y Escudero (13) incluyen al APGAR 4-7 al minuto como un factor de riesgo. Para Mendoza y col. (14) no solo estos factores son relevantes sino también el bajo peso al nacer, sepsis neonatal y la malformación crónica, coincidiendo estos resultados con Carrera y col. (17), Rangel (19), Velásquez y col. (21) y Vela y col. (22).

Del lado de los factores maternos Manríquez y col. (13) consideran que la actividad materna fuera del hogar incrementa el riesgo de muerte; además Mendoza y col. (14)(18) postulan que el sangrado en el tercer trimestre de gestación, hipertensión arterial crónica, número de controles prenatales también son factores de riesgo. Finalmente Claros y Mendoza (16) concluyen que la preeclampsia y la diabetes mellitus son problemáticas que aun determinan la muerte en esta población.

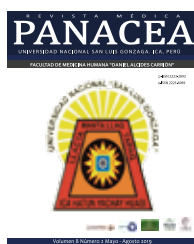
CONCLUSIÓN

La morbi-mortalidad neonatal es multifactorial y dependerá, en gran manera, de las características de las poblaciones estudiadas.

Si bien los estudios mostrados no determinan factores fetales asociados con la morbi-mortalidad neonatal, debemos tener en cuenta que las malformaciones congénitas se inician y desarrollan en el periodo gestacional por lo que pueden ser consideradas como factores fetales de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bader D, Kugelman A, Boyko V, Levitzki O, Lerner-Geva L, Riskin A, et al. Risk factors and estimation tool for death among extremely premature infants: a national study. *Pediatrics* 2010; 125(4):696-703.
- Horbar JD, Carpenter JH, Badger GJ, Kenny MJ, Soll RF, Morrow KA, et al. Mortality and neonatal morbidity among infants 501 to 1500 grams from 2000 to 2009. *Pediatrics* 2012; 129(6):1019-26.
- Shah PS, Sankaran K, Aziz K, Allen AC, Seshia M, Ohlsson A, et al. Outcomes of preterm infants b29 weeks gestation over 10-year period in Canada: a cause for concern? *J Perinatol* 2012;32(2):132-8.
- UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN-IGME). Levels and Trends in Child Mortality. 2015. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en/
- Shah S, Zemichael O, Meng H. Factors associated with mortality and length of stay in hospitalised neonates in Eritrea Africa: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2012; 2:e000792.
- Worku B, Kassie A, Mekasha A, Tilahun B, Worku A. Predictors of early neonatal mortality at a neonatal intensive care unit of a specialized referral teaching hospital in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev*. 2012; 26:200-207.
- Jacobs J, Kamitsuka M, Clark R, Kelleher A, Spitzer A. Etiologies of NICU Deaths. *Pediatrics*. 2015; 1: e59-65.
- Mukhopadhyay K, Louis D, Mahajan R, Kumar P. Predictors of mortality and major morbidities in extremely low birth weight neonates. *Indian Pediatr*. 2013; 50:1119-20.
- Harmon QE, Basso O, Weinberg CR, Wilcox AJ. Two denominators for one numerator: the example of neonatal mortality. *European Journal of Epidemiology*. 2018; PMID:29516296
- Wou K, Ouellet MP, Chen MF, Brown RN. Comparison of the aetiology of stillbirth over five decades in a single centre: a retrospective study. *BMJ Open*. 2014; 4(6):e004635.
- Aquilar A. Consideraciones sobre la mortalidad infantil y su componente neonatal. *Arch Argent Pediatr* 2016; 114(5):396-401.
- Pérez-Díaz R, Rosas-Lozano AL, Islas-Ruz FG, Baltazar-Merino RN, Mata-Miranda MP. Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. *Acta Pediatr Mex*. 2018; 39(1):23-32.
- Manríquez G, Escudero C. Análisis de los factores de riesgo de muerte neonatal en Chile, 2010-2014. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88(4):458-464.
- Mendoza LA, Gómez D, Gómez D, Osorio MA, Villamarín EA, Arias MD. Determinantes biológicos de mortalidad neonatal, en una población de mujeres adolescentes y adultas de un hospital en Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2017; 82(4):424-437.
- Grandia C, González A, Zubizarretac J, Red Neonatal NEOFOSUR. Factores perinatales asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso: estudio multicéntrico. *Arch Argent Pediatr* 2016; 114(5):426-433.
- Claros DI, Mendoza LA. Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016; 81(6):480-488.
- Carrera S, Hernández M, Fernández LA, Cordero G, Corral E, Barrera PI, et al. Mortalidad neonatal en una institución de tercer nivel de atención. *Perinatol Reprod Hum*. 2016;30(3):97-102.
- Mendoza LA, Arias MD, Peñaranda CB, Mendoza LI, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015; 80(4):306-315.
- Rangel MN. Análisis de la mortalidad neonatal en el Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez". Comparación de dos periodos bianuales. *Perinatol Reprod Hum*. 2015; 29(3):90-94.
- Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, et al. Early and total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States, 2006-2009. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210:e1-e7.
- Velásquez JE, Kusunoki L, Paredes TG, Hurtado R, Rosas AM, Vigo WE. Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas neonatales del año 2011 en Huánuco y Ucayali, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014; 31(2):228-36.
- Vela J, Vela J, Panta O, Sánchez V, Delgado M, Vela J. Factores de riesgo materno- perinatales asociados a muerte en recién nacidos prematuros con enfermedad de membrana hialina tratados con surfactante pulmonar exógeno; en el Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray; Essalud; Trujillo; 2002-2012. *Revista Médica de Trujillo*. 2015; 11(2):e1-e21.



1. PRESENTACION

La Revista Médica Panacea (RMP) es una publicación cuatrimestral patrocinada por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga (UNSLG), que publica resultados de investigaciones originales del área médica y de salud pública realizados a nivel nacional e internacional. Publica artículos en español tanto en su edición en papel, como en su edición en internet, incluye, de forma regular, artículos originales, originales breves, artículos de revisión, fórum, personajes de la medicina peruana, galería fotográfica, reporte de casos, cartas al editor, notas informativas, y fe de erratas en caso las hubiere.

La edición electrónica de la RMP publica el texto completo de la revista, en español, en la siguiente dirección: www.rmp.pe

1.1 TIPOS DE ARTÍCULOS

1. Editorial
2. Artículos Originales
3. Originales Breves
4. Artículo de Revisión
5. Forum
6. Personajes de la medicina peruana
7. Galería fotográfica
8. Reporte de Casos
9. Cartas al Editor
10. Notas informativas
11. In memoriam
12. Fe de erratas /retractaciones
13. Fotografía de portada

2. NORMAS ESPECÍFICAS POR TIPO DE ARTÍCULO**2.1 EDITORIAL**

Esta sección consta de comentarios sobre artículos publicados en el mismo número de la revista. Puede ser por invitación del Director o del comité editorial a un tercero experto en el tema central, generalmente suelen versar sobre temas de actualidad sanitaria o de relevancia científica; también se pueden publicar a solicitud de los autores interesados previa valoración por el comité editorial. No se debe incluir resumen. No deben sobrepasar las 2000 palabras y debe tener un máximo de siete referencias bibliográficas. También pueden incluirse una tabla o una figura.

2.2 ARTÍCULOS ORIGINALES

Son productos de investigación, no debe ser mayor de 15 páginas o 4000 palabras (sin incluir tablas y figuras). Se acepta como máximo siete tablas o figuras; el número máximo de referencias bibliográficas es 40. Deben contener las siguientes partes:

Resumen: En español e inglés con una extensión máxima de 250 palabras. Deben incluir los siguientes subtítulos: Objetivo, Material y métodos, Resultados y Conclusiones.

Palabras clave (Key words): De tres hasta ocho, las cuales deben basarse en descriptores en ciencias de la salud (DeCS) <http://decs.bvs.br> de la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) y los Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine en inglés <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>.

Introducción: Exposición breve de la situación actual del problema, antecedentes, justificación no debe exceder de dos páginas (menor al 25% de la extensión del artículo). El objetivo del estudio se coloca al final de la introducción, en forma clara y concisa. Los llamados a las referencias bibliográficas se deben colocar en el tamaño normal, entre parén-

tesis y en orden de aparición.

Material y métodos: Se describe la metodología usada de tal forma que permita la reproducción del estudio y la evaluación de la calidad de la información por los lectores y revisores. Se debe describir el tipo y diseño de la investigación, las características de la población y forma de selección de la muestra cuando sea necesario. En algunos casos, es conveniente describir el área de estudio. Cuando se usen plantas medicinales, describir los procedimientos de recolección e identificación. Precisar la forma cómo se midieron o definieron las variables de interés. Detallar los procedimientos realizados, si han sido previamente descritos, hacer la cita correspondiente. Mencionar los procedimientos estadísticos empleados. Detallar los aspectos éticos involucrados en su realización.

Resultados: La presentación de los hallazgos, debe ser en forma clara, sin opiniones ni interpretaciones, salvo, en las de alcance estadístico. Se pueden complementar hasta con siete tablas o figuras.

Discusión: Se interpretan los resultados, comparándolos con los hallazgos de otros autores, exponiendo las sugerencias, postulados o conclusiones a las que llegue el autor. Debe incluirse las limitaciones y sesgos del estudio.

Referencias bibliográficas: En número no mayor de 40 referencias.

2.3 ORIGINALES BREVES

Estos artículos son resultados de investigación, pueden incluirse también reporte de brotes o avances preliminares de investigaciones que por su importancia requieren una rápida publicación, estos deberán estar redactados hasta en 2000 palabras (sin contar resumen, referencias, tablas y figuras). El resumen en español e inglés es no estructurado y tiene un límite de 150 palabras con tres a cinco palabras clave. Contiene una introducción, Material y métodos, Resultados, pudiéndose incluir hasta cuatro tablas o figuras; Discusión y no más de 15 referencias bibliográficas.

2.4 ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Puede ser a solicitud del Comité Editor o por iniciativa de los autores, deben incluir una exploración exhaustiva, objetiva y sistematizada de la información actual sobre un determinado tema de interés biomédico. La estructura del artículo queda a criterio del autor, deberá estar redactados hasta en 20 páginas o 4500 palabras (sin contar resumen, referencias, tablas y figuras), las tablas o figuras no serán más de diez. Debe incluir un resumen en español e inglés, no estructurado, con un límite de 250 palabras, con tres a ocho palabras clave. Podrán utilizar hasta 100 referencias bibliográficas.

2.5 FÓRUM

Sección destinada a la publicación de 2 a 5 artículos coordinados entre sí, de diferentes autores, y versando sobre temas de interés actual (un máximo de 4000 palabras, con ocho tablas o figuras y no más de 40 referencias). El tema de interés se dará a conocer meses antes de su publicación y será elegido por el editor asociado. Los interesados en remitir trabajos para esta sección deben consultar al Comité Editorial.

2.6 PERSONAJES DE LA MEDICINA PERUANA

Se refiere a las biografías de personajes locales, regionales y nacionales, que han contribuido de manera significativa al desarrollo de la medicina

nacional, estos artículos serán a solicitud del director de la RMP o por iniciativa de algún autor interesado, previa evaluación del comité editor.

Consta de 2500 palabras como y 2 imágenes inéditas como máximo.

2.7 GALERIA FOTOGRAFICA

En esta sección se podrán publicar imágenes de interés médico. Estas ilustraciones irán con un párrafo de no más de 600 palabras en donde se explique la importancia de la imagen y con no más de cinco referencias bibliográficas recientes. El número de imágenes a publicar queda a criterio del comité editorial, dependiendo de la relevancia de las imágenes. Se debe evitar la identificación de personas mediante la colocación de una franja oscura en los ojos, además de contar con el respectivo consentimiento por escrito (formato 1)

2.8 REPORTE DE CASOS

Los casos presentados deben ser de enfermedades o situaciones de interés clínico, biomédico o de salud pública, estos deberán estar redactados hasta en 2000 palabras (sin contar resumen, referencias, tablas y figuras). El resumen en español e inglés es no estructurado y tiene un límite de 150 palabras con tres a cinco palabras clave. Contiene una introducción, una sección denominada "reporte de caso" y una discusión en la que se resalta el aporte o enseñanza del artículo. Puede incluirse hasta cuatro tablas o figuras y no más de 15 referencias bibliográficas.

2.9 CARTAS AL EDITOR

Esta sección está abierta para todos los lectores de la revista, a la que pueden enviar sus comentarios o críticas a los artículos que hayan sido publicados en los últimos números, teniendo en cuenta la posibilidad de que los autores aludidos puedan responder. Podrá aceptarse la comunicación de investigaciones preliminares, así como algún tema de interés que por su coyuntura, el autor o autores deseen publicar, previa evaluación del comité editor.

La extensión máxima aceptable es de 1500 palabras (sin contar referencias, tablas o figuras), podrá contar con una tabla o figura, con un máximo de seis referencias bibliográficas y no más de cinco autores.

2.10 NOTAS INFORMATIVAS

En esta sección el Editor incluirá los resúmenes de proyectos de investigación desarrollados con el apoyo de la universidad, o que hayan sido presentados en las diferentes jornadas o congresos de que organice la RMP, además de aquellos trabajos que sean de información general para la comunidad de lectores, pero no correspondan a ninguna de las secciones anteriores.

2.11 IN MEMORIAM

Sección dedicada a brindar algunas palabras por la desaparición de aquellas personas que por su cercanía o notoriedad a la UNSLG sean dignas de ello. (Pueden tener un texto de no más de 500 palabras y una fotografía inédita o no)

2.12 FE DE ERRATAS /RETRACTACIONES

Esta sección publica correcciones tras haber detectado errores en los artículos ya publicados o retractaciones cuando se haya advertido algún tipo de fraude en la preparación o en los resultados de una investigación publicada. La retractación del manuscrito será comunicada a los autores y a las autoridades de la institución a que pertenezcan.

2.13 FOTOGRAFÍA DE PORTADA

El comité editorial elegirá las ilustraciones de la portada. Se anima a los autores que tengan originales aceptados (o aceptados a la espera de una revisión menor) a que envíen figuras a color susceptibles de publicarse en la portada.

3. ASPECTOS FORMALES PARA LA REDACCIÓN DEL ARTÍCULO

3.1 ENVÍO DE ARTÍCULOS

Los manuscritos se deberán de enviar por correo electrónico a: rev.med.panacea@unica.edu.pe

Adjuntando obligatoriamente:

Carta de Presentación (Formato 1).

Dirigida al director de la revista, firmada por el autor corresponsal, solicitando la evaluación del artículo para su publicación, precisando el tipo de artículo, título y autores.

Declaración jurada de autoría y autorización de publicación (Formato 2).

Firmada por todos los autores, declarando que el artículo presentado es propiedad de los autores y no ha sido publicado, ni presentado para su publicación a otra revista, cediendo los derechos de autor a la Revista Médica Panacea una vez que el manuscrito sea aceptado para su publicación.

Instrumento de recolección de datos

Los autores deben de enviar el instrumento de recolección de datos (ficha, encuesta, etc.).

Base de datos

Se refiere al envío de las tablas en cualquier hoja de cálculo, de preferencia Microsoft Office Excel, en cualquiera de sus versiones, en donde se consigne las tablas y figuras.

3.2 PREPARACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Todo el manuscrito debe ser redactado en cualquier procesador de textos, de preferencia Microsoft Office Word, en cualquiera de sus versiones, se debe de tener en cuenta:

Doble espacio en letra Arial 12.

Formato A4

Con márgenes de 3 cm.

Las páginas se numerarán consecutivamente en ángulo inferior derecho, así como las tablas, gráficos y figuras.

La Primera página debe incluir:

1. Título del artículo con una extensión de hasta 15 palabras, en español e inglés de manera clara y concisa, evitando el uso de palabras ambiguas, abreviaturas y signos de interrogación y exclamación.

2. Nombres de los autores como desean que aparezcan en el artículo, además de su filiación institucional, ciudad, país, profesión, grado académico, teléfono y correo electrónico. (Revisar: Mayta-Tristán P. ¿Quién es el autor? Aspectos a tener en cuenta en la publicación de artículos estudiantiles. CIMEL. 2006;11(2):50-2.).

3. Nombre del autor corresponsal, indicando su dirección, teléfono y correo electrónico.

4. Incluir declaración en caso exista fuente de financiamiento y conflictos de interés.

5. En caso el estudio haya sido presentado como resumen a un congreso o es parte de una tesis debe precisarlo con la cita correspondiente.

6. Agradecimientos cuando corresponda, debe mencionarse en forma específica a quién y por qué tipo de apoyo en la investigación se realiza el agradecimiento.

7. Contribución de autoría, especificando la contribución de cada autor en la realización de la investigación. Ver formato 1.

Para el resto de páginas debe considerarse los

siguientes aspectos.

Cada sección del artículo empieza en una nueva página.

3.3 REQUISITOS A CONSIDERAR

3.3.1 Sobre las Tablas

Las tablas deben explicarse por sí solas, no deben de duplicar lo planteado en el texto, por el contrario debe de sustituirlo o complementarlo. Todas las tablas deben ser elaboradas con el programa Microsoft Office Word o Excel en cualquiera de sus versiones. No se aceptan tablas en formato de imágenes.

Cada tabla será citado en el texto con mayúscula inicial, un número y en el orden en que aparezcan, se debe de presentar en hoja aparte identificada con el mismo número (Ejemplo: "Como se indica en la Tabla 1").

El título se iniciara con letra mayúscula, de la palabra "Tabla", dejando un espacio, seguido del número correspondiente, finalizando con un punto para luego colocar la descripción del título (Ejemplo: Tabla 1. Características de la población estudiada).

Las abreviaturas que se utilicen en los encabezamientos irán explicadas en nota de pie de la tabla y se identificarán exclusivamente con símbolos colocados como superíndices siguiendo el estilo de Vancouver: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Deben de contener solo líneas horizontales, las líneas verticales no forman parte del estilo de la revista.

3.3.2 Sobre las Figuras

Las fotos, gráficos, mapas, esquemas, dibujos, diagramas y similares, se utilizan para ilustrar o ampliar la información, no deben de ser usadas en redundancia de datos.

Serán citadas en el texto con mayúscula inicial, identificadas con un número en el orden en que aparezcan. (Ejemplo: "Como se indica en la Figura 1").

El título de la figura se iniciara con letra mayúscula, de la palabra "Figura", dejando un espacio, seguido del número correspondiente, finalizando con un punto para luego colocar la descripción del título (Ejemplo: Figura 1. Población estudiada según grupo etario).

Las figuras se presentarán por separado junto con sus respectivas leyendas, las cuales deben de colocarse en la parte inferior de la imagen, con formato gif, tiff o jpeg, con una resolución mayor de 600 dpi o 300 pixeles

Las leyendas y los pies de las figuras deberán contener información suficiente para poder interpretar los datos presentados sin necesidad de recurrir al texto. Para las notas explicativas a pie de figura se utilizarán llamadas en forma de símbolos colocados como superíndices siguiendo el estilo de Vancouver: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Las figuras correspondientes a gráficos deben ser elaboradas en formato que permita el trabajo editorial, preferiblemente Microsoft Office Excel. No enviar gráficos en formato de imágenes.

Las figuras que no hayan sido producidas por los autores o hayan sido tomadas de una revista, libro, sitio de internet o similares, sobre los cuales existan derechos de autor, deberán acompañarse de la autorización escrita por parte de la respectiva editorial o los autores originales de la obra.

En las fotografías de preparaciones histológicas deberá figurar el tipo de tinción y el aumento.

3.3.3 Sobre los porcentajes, unidades de medida y abreviaturas

Los porcentajes se escriben con coma (,) con un decimal, sin dejar un espacio entre el último valor numérico y el símbolo %. (Ejemplo: 78,51 %, 12,85 % y 12,59 %).

Las medidas de peso, altura, longitud y volumen se presentarán en unidades métricas (metro, kilogramo, litro, etc.). Los autores utilizarán en todos los casos el Sistema Internacional de Unidades, cuyas abreviaturas de las unidades de medida no tienen plural ni signos de puntuación. En este sistema, los valores numéricos se escriben en grupos de tres dejando un espacio entre cada grupo. Ejemplo: 1.234, 456.789 y 1.234.567, se escriben 1 234, 456 789 y 1 234 567. Esto no se aplica a las fechas que se escriben 1998 y 2006.

Los decimales se indicarán por medio de coma (,). Utilice dos decimales, aproximando el último valor, si es el caso.

Cuando se utilicen abreviaturas, estas irán precedidas de su forma expandida completa y se colocarán entre paréntesis la primera vez que se utilicen [Ejemplo: Organización Mundial de la Salud (OMS)].

3.3.4 Sobre el sistema de citación

El sistema de citación de la RMP es numérico (arábigo), según orden de aparición, con las citas colocadas entre paréntesis. Las citas se presentan exclusivamente de la siguiente manera: (8)

No utilice superíndices ni subíndices para escribir la cita respectiva.

EXTENSION ORIENTATIVA DE LOS MANUSCRITOS

Tipo de artículo	Resumen	Palabras clave	Texto	Tablas y figuras	Referencias
Editorial	No	No	2000 palabras	1 figura	Max. 6
Original	Estructurado 250 palabras	Min. 3 Max. 8	Estructurado 4000 palabras	Max. 7	Max. 40
Original breve	Estructurado 150 palabras	Min. 3 Max. 5	Estructurado 2000 palabras	Max. 4	Max. 15
Artículo de revisión	No estructurado 250 palabras	Min. 3 Max.8	No estructurado 4500 palabras	Max. 10	Max. 100
Forum	No estructurado 300 palabras	Min. 3 Max. 8	No estructurado 4000 palabras	Max. 8	Max. 40
Reporte de caso	No estructurado 150 palabras	Min. 3 Max.5	Estructurado 2000 palabras	Max. 4	Max.15
Carta al editor	No	No	1500 palabras	Solo 1	Max. 6
Galería fotográfica	No	No	600 palabras	A criterio	Max. 5
PMP	No	No	No estructurado 2500 palabras	Max. 2 imagenes	Max. 6
In memoriam	No	No	500 palabras	No	No

No utilizar subrayado de ningún tipo.

No se admiten textos ni comentarios como notas de pie de página. Todo lo que se presente de esta manera debe ser incorporado en forma apropiada al texto.

No coloque citas con el formato de notas al final del texto

Al citar un estudio mencione únicamente el apellido del primer autor, agregando la palabra cols. seguido de la cita respectiva [Ejemplo: Alarco y cols. (4)].

Cuando se desee citar varios trabajos que se encuentren en forma consecutiva en las referencias, se utilizara un guion como signo de unión [Ejemplo: (5-9)].

Cuando se desee citar varios trabajos que no estén en forma consecutiva en las referencias, se utilizara la coma decimal [Ejemplo: (5,8,12)].

3.3.5 Sobre los Agradecimientos

Sólo se expresarán a aquellas personas o entidades que hayan contribuido claramente a hacer posible el trabajo. Se mencionarán aquí:

a) las contribuciones que deben ser agradecidas, pero que no justifican la inclusión como autor en el estudio.

b) el agradecimiento por ayuda técnica.

Todas las personas mencionadas específicamente en Agradecimientos deben conocer y aprobar su inclusión en dicho apartado, mediante la firma del respectivo permiso.

En todos los casos de agradecimientos, se debe detallar el motivo de los mismos.

(Ejemplo: Agradecimientos: A las autoridades del Hospital Regional de Ica, por haber permitido tomar las muestras en los pacientes del servicio de Oftalmología, a la licenciada Nora Polo por el apoyo estadístico en este estudio).

3.3.6 Sobre los resultados

La presentación de resultados debe ir acompañada de tablas o figuras insertadas al final del artículo ordenados con números arábigos y remitidos adjuntos en Microsoft Excel con sus respectivas leyendas; Las tablas deben tener sólo líneas horizontales para separar el encabezado del cuerpo de la tabla; Las figuras (gráficos estadísticos), imágenes o mapas deben ser grabados en formato JPG a una resolución mayor de 600 dpi o 300 pixeles.

El número de tablas, gráficos y figuras depende del tipo de artículo enviado. El Comité Editor de la revista se reserva el derecho de editar y limitar el número de éstas.

Las fracciones se deben separar de los números enteros con coma decimal, seguido de dos decimales.

3.3.7 Sobre las referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se redactarán al final del artículo siguiendo las normas Vancouver (www.icmje.org/index.html), serán únicamente las que han sido citadas en el artículo, se ordenarán correlativamente según su aparición. Estas llamadas de cita precedidas de un espacio, se colocan entre paréntesis antes del punto, coma u otro signo de puntuación, ejemplo: (1) o (2, 5).

Los autores deberán ser resaltados en “negrita”; en el caso de existir más de seis autores, deberá agregarse “et. al.” separado por una coma. Ejemplos

Artículos de revistas:

Oscanoa PE, Sierra LM, Miyahira J . Características clínicas y evolución de los pacientes con intoxicación por metanol atendidos en un hospital general. Rev Med Hered. 2010; 21(2):70-76.

Libro:

Acha P, Szyfres B . Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y los animales. 3a ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003.

Capítulo de libro:

Farmer J. Enterobacteriaceae: introduction and identification. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, editors. Manual of clinical microbiology. 7th ed. Washington DC: American Society for Microbiology; 1999. p. 442 -58.

Tesis:

Torres-Chang J. Tuberculosis resistente en la región Ica: situación actual, factores asociados y evaluación de esquemas terapéuticos MINSA, 1998 -2004. [Tesis de Maestría]. Ica: Escuela de posgrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2005.

Página web:

Brasil, Ministério da Saúde . Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde [página de Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Citado: Mayo 2009] Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/se/area.cfm?id_area=572

3.4 RESPONSABILIDADES ÉTICAS

3.4.1 Publicación redundante o duplicada

La RMP no acepta investigaciones previamente publicadas. Los autores deben informar en la carta de presentación acerca de los envíos o las publicaciones previas del mismo trabajo, en su totalidad o parcialmente, que puedan considerarse publicación redundante o duplicada.

3.4.2 Consentimiento informado

Los autores deben mencionar en el apartado de material y métodos, que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados previa obtención de un consentimiento informado.

3.4.3 Sobre los conflicto de intereses

Los manuscritos incluirán una página de “DECLARACION DE LA RESPONSABILIDAD DE AUTORIA” en la que los autores indicaran que son independientes con respecto a las instituciones financiadoras y de apoyo, y que durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación.

En algunos casos será necesario que los autores especifiquen los apoyos recibidos (financieros, equipos, en personal de trabajo, etc.) de personas o de instituciones públicas o privadas para la realización del estudio, así como las relaciones personales o institucionales que pueden incidir en la conducción, los resultados, la interpretación de los mismos y la redacción del manuscrito.

Los Editores y el Comité Editorial estarán atentos a los posibles conflictos de interés que puedan afectar la capacidad de los pares o revisores o que los inhabilitan para evaluar un determinado manuscrito.

3.4.4 Sobre los autores

Se considera autor todo aquel que ha contribuido de manera significativa en el diseño y realización del estudio, así como en el análisis de los resultados, la elaboración del manuscrito y la revisión y aprobación del mismo. Cuando se considere necesario, se especificará la labor realizada por cada uno de los autores y el autor que tuvo la responsabilidad global sobre el estudio y el manuscrito.

Con esta información se elaborará el listado de autores que se incluirá en cada edición de la revista. Es indispensable indicar cuál autor se encargará de recibir y enviar la correspondencia, o de lo con-

trario se asumirá que el primer autor se hará cargo de tal función.

En resumen, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.

Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.

Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada

4. PROCESO EDITORIAL

Todas las contribuciones originales serán evaluadas antes de ser aceptadas por revisores expertos designados por los Editores. El envío de un artículo a la RMP implica que es original y que no ha sido previamente publicado ni está siendo evaluado para su publicación en otra revista.

La Revista Médica Panacea acusa recibo de los trabajos remitidos e informará acerca de la decisión de aceptación, modificación o rechazo

Los trabajos admitidos para publicación quedan en propiedad de la revista y su reproducción total o parcial deberá ser convenientemente autorizada. Todos los autores de las aportaciones originales deberán enviar por escrito la carta de cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado.

La revisión de los artículos enviados será por pares, es decir que serán evaluados por dos revisores expertos en el tema en cuestión, la selección de estos revisores estará a cargo del editor de la revista, para garantizar la máxima rigurosidad, su participación será anónima y para evitar posibles conflictos de interés esta será ad honorem.

4.1 POLÍTICA EDITORIAL

Las opiniones expresadas en los artículos publicados en la RMP, corresponden a ideas propias del autor o autores, y no necesariamente reflejan el juicio del Comité Editor de la Revista. Por lo tanto el Comité Editorial declina de cualquier responsabilidad sobre dicho material.

4.2 AGRADECIMIENTO A REVISORES

Todos los revisores que colaboran en la evaluación de manuscritos serán agradecidos públicamente por su trabajo en un listado completo que aparecerá en la RMP a fin de cada año. Reconocemos que la calidad de la revista depende en gran medida de la calidad del trabajo realizado por estas personas. Se favorecerá en lo posible la renovación constante de este Panel de Revisores y Expertos. Quien quiera colaborar con las tareas de corrección de manuscritos puede hacerlo, previo contacto con la Dirección de la Revista.

4.3 PRUEBA DE IMPRENTA

Una vez pasado el proceso editorial y haber sido aprobado para su publicación, los artículos serán diagramados y maquetados según el estilo de la revista.

Se enviara al autor corresponsal la versión final (Prueba de imprenta), para su revisión y posible identificación de errores que se pudieran cometer (Ejem. Nombre de los autores).

Solo se realizaran cambios de forma, mas no de contenido. En caso los autores no realicen observaciones a la prueba de imprenta, luego de tres días de enviado, la revista dará por aceptada la versión final.



PORTADA:

Curso teórico práctico: buenas prácticas en la redacción de artículos científicos, realizado en junio 2019 en en auditorio de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.



INDICE

55

EDITORIAL

El Identificador de Objeto Digital(DOI) y la Revista Médica Panacea. / THE DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI) AND THE PANACEA MEDICAL JOURNAL.

Jorge Ybaseta Medina.

56

ARTICULOS ORIGINALES

INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA, 2018. / TO DETERMINE IF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY INFLUENCES THE ADHERENCE TO ANTITUBERCULOUS TREATMENT IN HSMS-ICA PATIENTS, 2018

Arroyo Hernández Margarita del Rocío, Torres Chang Julio Hector.

58

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL SOBREPESO Y OBESIDAD DE LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD SAN JUAN BAUTISTA FILIAL ICA. / PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF OVERWEIGHT AND OBESITY OF THE STUDENTS OF THE SAN JUAN BAUTISTA UNIVERSITY BRANCH ICA.

Leveau Bartra Harry, Ausejo Galarza Jhon Rodrigo, Córdova Tello Ivan Marco.

64

USO DE MICRONUTRIENTES Y GRADO DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD ICA 2017. / USE OF MICRONUTRIENTS AND DEGREE OF ANEMIA IN CHILDREN UNDER 3 YEARS OLD ATTENDED AT A CENTER HEALTH ICA 2017.

Oscoco Torres Olinda, Ybaseta Medina Jorge, Auris Hernández Leydi, Saufie Oscoco Wilson E.

69

ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE SUPERFICIES INERTES Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. / BACTERIOLOGICAL ANALYSIS OF INERT SURFACES AND ANTIBIOTIC SENSITIVITY IN THE GENERAL SURGERY SERVICE OF THE REGIONAL HOSPITAL OF ICA.

Leveau Bartra Harry, Leveau Bartra Orison, Arizola Aguado Alicia.

73

ARTICULO ESPECIAL

PREVALENCIA DE MARCADORES INFECCIOSOS EN DONANTES DE SANGRE / PREVALENCE OF VIRAL MARKERS IN BLOOD DONORS

Tucto López Olga.

78

CARACTERÍSTICAS MATERNAS, FETALES Y NEONATALES DE RIESGO ASOCIADAS A MORTALIDAD NEONATAL / MATERNAL, FETAL AND NEONATAL RISK CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH NEONATAL MORTALITY

Huillca Yalico Cesar Raúl, Quispe Ilanzo Melisa.

82

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión

Prolongación Ayabaca s/n. Ica, Perú

Teléfono: 056 - 225262

Correo electronico: jybaseta@revpanacea.unica.edu.pe

Pagina web: www.revpanacea.unica.edu.pe