

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



Volumen 7 Número 1 Enero - Abril 2018

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. 7 - N° 1 - Enero 2018 - 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 Bustos 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

1

EDITORIAL

LOS ESTÁNDARES EN INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN EN EL PROCESO DE LICENCIAMIENTO / The standards in research and publication in the licensing process

Jorge Ybaseta Medina, Carmen Vera Cáceres.

2

ARTICULOS ORIGINALES

EFFECTO PROTECTOR DEL ACEITE DE PLUKENETIA VOLUBILIS (SACHA INCHI) EN LA DEPRESIÓN INDUCIDA DE RATONES ALBINOS / Protective effect of plukenetia volubilis (sacha inchi) oil on induced depression of albino mice

Herencia Anaya Melissa, Mendoza Yaranga Elizabeth, Cáceres Bellido Fermín.

4

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL VIH – SIDA EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ICA, 2017 / HIV-AIDS knowledge, attitudes and practices among Public University students in Ica, 2017

Campos Rosas Maria, Castro Pari Wendy, Torres Romucho Ángel, Arizaca Oblitas Marcos.

9

ADHERENCIA TERAPEÚTICA Y FACTORES CONDICIONANTES EN SU CUMPLIMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN LA MICRORED LA PALMA, ICA 2017 / Therapeutic adherence and conditioning factors in its compliance in patients with pulmonary tuberculosis attended at the Microred la Palma, Ica 2017

Meza Condezo Walter, Peralta Pumapillo Adderly, Quispe Gómez Freddy, Cáceres-Bellido Fermín.

22

NIVEL EDUCATIVO DEL DOCENTE Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS – 2017 / Educational level of the teacher and its influence in Quality of university teaching Alas peruanas university - 2017

Leveau Bartra Harry, Chávez Navarro Juan R, Geng Olaechea Luz E.

28

REPORTE DE CASO

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA UTERINA POST CESÁREA. / Pseudoaneurysm of the uterine artery after cesarean.

Ybaseta Soto George, Palacios Flores Gustavo, Pachas Serpa Estefany, Napa Ruiz Pierina.

34

INSTRUCCIONES PARA AUTORES



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

LOS ESTÁNDARES EN INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN EN EL PROCESO DE LICENCIAMIENTO

The standards in research and publication in the
licensing process

Jorge Ybaseta - Medina^{1,a}, Carmen Vera - Cáceres^{2,b}.

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.

a. Director de la Revista Médica Panacea.

b. Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana.

En estos momentos se están desplegando todos los esfuerzos necesarios para mejorar nuestro papel como Universidad en lo relacionado: a la promoción ciudadana, en mejorar las competencias para el desarrollo del empleo, infraestructura adecuada, planes de investigación y objetivos académicos, no dejándose de mencionar que el trabajo de acreditación realizado nos está ayudando a cumplir parte de los requisitos para el licenciamiento puesto que ambas son complementarias para el efecto de la calidad universitaria (1).

En este proceso de adecuación a los lineamientos de evaluación de calidad de la educación superior de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), en lo referente a la investigación, está claro que el cumplimiento de varios de estos indicadores son conducentes al licenciamiento de una universidad guardando estrecha relación con producción científica entre estos : investigadores calificados por CONCYTEC, publicaciones científicas indizadas, repositorio institucional integrado en el portal del Acceso libre a Información Científica para la Innovación (ALICIA), entre otros (2).

El Comité Editorial de la Revista Médica Panacea (RMP) sigue trabajando en lo que compete en la medida de los recursos y posibilidades, primero se trabajó algunos indicadores para la acreditación de la Facultad de Medicina Humana y actualmente nuestro proceso está orientado en una labor de apoyo a una mayor producción científica y publicación de temas que estén dentro de las líneas de investigación que se han priorizado, asimismo continuar con los cursos taller de redacción científica y lograr que los docentes puedan aspirar y tener publicaciones en base de datos como Medline o Scopus requisitos para ingresar al Registro Nacional de Investigadores en Ciencia y Tecnología de CONCYTEC.

En este sentido el Comité de Editores de la RMP continua haciendo esfuerzos para que los docentes y alumnos universitarios adquieran los conocimientos necesarios en la redacción de artículos de investigación como expresión de nuestros ánimos de un mayor compromiso en lo que se refiere la publicaciones científicas, iniciando este proyecto difícil que involucra a todos los que trabajamos en la Universidad, estamos por subir al primer peldaño se está a la espera de la evaluación para que la RMP alcance el registro en LATINDEX y sea integrada al portal de ALICIA del CONCYTEC al igual que el repositorio de la Universidad, estas plataformas virtuales que estamos iniciando a manejar cada vez más ayudan a conseguir indicadores preliminares y permiten la difusión de la investigación como la reutilización de los contenidos sobre todo para la realización de tesis y artículos originales a nivel nacional e internacional como viene ocurriendo actualmente (3).

Necesitamos que todas las autoridades, docentes y alumnos se involucren para que nuestras investigaciones continúen mejorando en calidad, hace 6 años que las tesis para optar el Título de

Médico Cirujano luego de la contribución realizada por asesores y jurados están siendo transformadas en artículos originales por los autores seguido de revisión posterior de los editores y revisores externos resultando una investigación de mayor calidad que se publica en la RMP, que bajo una licencia Creative Commons versión 4.0 la misma que permite fortalecer el acceso, el intercambio o compartir el contenido científico en un mundo globalizado y en distintas legislaciones internacionales (4).

Como contribución cuando las investigaciones no son publicables los detalles de estas son informadas a la unidad de investigación para las gestiones de mejora.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria. El modelo de licenciamiento y su implementación en el Sistema de abril Universitario Peruano 2015 . [fecha de acceso disponible 07 de abril de 2018]. URL disponible en: <https://www.sunedu.gob.pe/direccion-de-licenciamiento/condiciones-basicas-de-calidad/>
2. Alhuay Quispe J. Evaluación de investigación en universidades peruanas. En: Ponencia presentada en el centro de investigación, Perú: Universidad San Ignacio de Loyola; 2017. [Fecha de acceso disponible 07 de abril de 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/2839>
3. Gema Bueno de la Fuente. Modelo de repositorio institucional de contenido educativo (RICE): la gestión de materiales digitales de docencia y aprendizaje en la biblioteca universitaria. (Tesis Doctoral). Getafe: Departamento de biblioteconomía y documentación, Universidad Carlos III de Madrid; 2010. [fecha de acceso disponible 07 de abril de 2018]. URL disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/9154/Tesis%20doctoral-;jsessionid=3F65A2849628C20E94AE80703C01D41B?sequence=1>
4. Cardona A. Copyleft y las licencias creative comomos en la industria editorial. Universidad de Antioquia. Escuela Interamericana de Bibliotecología Editorial Universidad de Antioquia Medellín; junio de 2010. [fecha de acceso disponible 09 de abril de 2018]. URL disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/1452/1/Monograf%C3%ADa%20Angela%20%C3%BAltima%20version.pdf>

CITAR COMO

Jorge Ybaseta-Medina, Carmen Vera-Cáceres. Los estándares en investigación y publicación en el proceso de licenciamiento. Rev méd panacea.2018; 7(1): 2-3



Efecto protector del aceite de plukenetia volubilis (sacha inchi) en la depresión inducida de ratones albinos

Protective effect of plukenetia volubilis (sacha inchi) oil on induced depression of albino mice

Herencia-Anaya Melissa^{1,a}, Mendoza-Yaranga Elizabeth^{1,a}, Cáceres-Bellido Fermín^{1,a,b}.

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Perú.

a. Médico Cirujano.

b. Cirujano General.

Correspondencia:

Herencia Anaya, Melissa Lorena.
Número de celular: 985 566 837
Correo Electrónico:
melo.27.92@gmail.com

Contribuciones De Autoría:

HAM, MYE, CBF 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

Herencia-Anaya Melissa , Mendoza-Yaranga Elizabeth, Cáceres-Bellido Fermín. Efecto protector del aceite de plukenetia volubilis (sacha inchi) en la depresión inducida de ratones albinos. Rev méd panacea 2018;7(1): 4-8

Recibido: 03 - 03 - 2018

Aceptado: 20 - 03 - 2018

Publicado: 23 - 04 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto protector del aceite de Plukenetia volubilis (Sacha Inchi) en la depresión inducida a ratones albinos. **Materiales y métodos:** Los ratones fueron divididos en 4 grupos y recibieron durante 10 días las siguientes sustancias: Grupo N°01(n=6) Vehículo 5 ml/Kg/12h, Grupo N° 02 (n=6): Fluoxetina 10 mg/Kg/24horas, Grupo N° 03 (n=6): Aceite de sacha inchi 1g/kg/12 horas, Grupo N° 04 (n=6): Aceite de sacha inchi 3g/kg/12 horas. Luego, fueron sometidos a la prueba de Nado Forzado, sumergiéndolos en una piscina cilíndrica durante 6 minutos y registrando el tiempo de inmovilidad. Los ratones sometidos a la prueba de Sujeción de cola fueron distribuidos de la misma manera y administrados con las mismas sustancias para después de 10 días ser suspendidos por el tercio distal de la cola registrándose el tiempo de inmovilidad. **Resultados:** Los ratones que recibieron el aceite de Plukenetia volubilis a dosis de 1g/kg y 3 g/kg presentaron menor tiempo de inmovilidad respecto al control para ambas pruebas, sólo teniendo el grupo con dosis 3 g/kg significancia estadística. En el nado forzado el tiempo de inmovilidad con dosis de aceite de 1g/kg y 3 g/kg fue 184,7 s y 108,0 s, respectivamente. Para la prueba de Sujeción de cola el tiempo de inmovilidad fue 118,33 s y 63,33 s para dosis de 1g/kg y 3g/kg respectivamente. **Conclusiones:** El aceite de Sacha Inchi administrado por vía oral a dosis de 3g/kg demostró efecto protector similar a fluoxetina, frente a la depresión inducida en los modelos animales empleados.

Palabras clave: depresión, efectos farmacológicos, suspensión de cola, nado forzado

ABSTRACT

Objective: Evaluate protective effect of Plukenetia volubilis oil (Sacha Inchi) on induced depression in albino mice. **Materials and methods:** Mice were divided into 4 groups and received the following substances during 10 days: Group N°1 (n = 6) Vehicle 5 ml/Kg/12h, Group N°2 (n = 6): Fluoxetine 10 mg/Kg/24h, Group N°3 (n = 6): Sacha inchi oil 1 g/kg /12h, Group N°4 (n = 6): Sacha inchi oil 3 g/ kg/12 h. Then, they were subject to Forced Swimming test, submerging them in a cylindrical pool for 6 minutes and the immobility time was recorded. The mice subjected to the tail suspension test were distributed in the same way and administered with the same substances, after 10 days being suspended by the distal third of the tail, recording the immobility time. **Results:** The mice that received the Plukenetia volubilis oil at a dose of 1 g/kg and 3 g/kg had a shorter immobility time regarding control for both tests, and only the group with a dose of 3 g/kg had statistical significance. In forced swimming the immobility time with oil doses of 1 g/kg and 3 g/kg was 184.7 s and 108.0 s, respectively. For Tail suspension test, the immobility time was 118.33 s and 63.33 s for doses of 1g/kg and 3g/kg, respectively. **Conclusions:** Sacha Inchi oil administered orally at a dose of 3g/kg showed a protective effect similar to fluoxetine, against induced depression in the animal model used.

Keywords: pharmacologic effects, depression, tail suspension, forced swimming.

INTRODUCCIÓN

En el mundo contemporáneo, la carga de trastornos mentales cada vez es mayor, y la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento significativo de más del 18% entre los años 2005 y 2015. Las personas con trastornos mentales mayormente no cuentan con apoyo, que junto con el miedo al estigma, impiden que muchos puedan acceder al tratamiento requerido para vivir plenamente (1).

El estigma aún percibido en nuestras sociedades para el inicio del tratamiento farmacológico convencional en enfermedades psiquiátricas, conlleva a analizar el efecto protector de diversas sustancias frente a la depresión, dentro de ellas el consumo del aceite de Sacha Inchi que es fuente rica en omega 3. Estos ácidos grasos poliinsaturados tienen acción muy importante en la estructura dinámica y la actividad funcional de las membranas neuronales, en especial en la región sináptica (2). Al aceite de Sacha Inchi no sólo se le atribuyen efectos beneficiosos a nivel del sistema nervioso central, sino también en el sistema cardiovascular, entre otros (3,4).

Los ácidos grasos omega-3 y omega-6 son ácidos grasos poliinsaturados esenciales, no pueden ser sintetizados por el cuerpo humano, por lo deben ser aportados por la dieta (5). La diferencia entre el omega-3 y omega-6 está en la localización del primer doble enlace. El primer representante de los ácidos grasos omega-3 es el ácido α -linolénico (ALA), que se transforma en ácido eicosapentaenoico (EPA) y éste, a su vez, en ácido docosahexaenoico (DHA). En cuanto a los omega-6, su principal representante es el ácido linoleico (LA), siendo uno de sus derivados más importantes, el ácido araquidónico (AA). (2)

El omega-3 es esencial para la formación de las membranas de tejidos como el cerebro, la retina y en las membranas sinápticas están implicados en su estructura dinámica, cambiando su permeabilidad y fluidez, colaborando así en la función sináptica, por lo que un bajo contenido en las membranas neuronales contribuye a un descenso de la transmisión de impulsos nerviosos. (2,5). Además, los efectos positivos de los omega-3 en la depresión dependen de su contenido en el sistema nervioso y de su participación en la neurogénesis y neuroplasticidad, y su propiedad antiinflamatoria contrarrestaría el proceso inflamatorio que ocurre en la depresión. (2,7)

Existe evidencia de que pacientes deprimidos presentan una disminución de ácidos grasos omega-3 y, un aumento de los ácidos grasos omega-6 tanto en las membranas celulares como libres en el plasma. Esta asociación se ha investigado en las membranas plasmáticas de los eritrocitos y se ha encontrado que los pacientes con síntomas depresivos muestran una disminución significativa del omega-3 y una relación

AA/EPA mayor, lo cual está asociado con la severidad de la enfermedad. A mayor relación de AA/EPA se hallaron niveles progresivamente elevados de factor de necrosis tumoral e interleucina 6. (2,6).

Un estudio realizado en China en el año 2012, concluye que el omega 3 DHA muestra propiedades antidepressivas. Además, el DHA tiene múltiples efectos sobre la depresión, incluidos los sistemas de neurotransmisores de monoaminas, las membranas de los glóbulos rojos y en eje hipotálamo-hipófisis-adrenal disminuyendo significativamente los niveles de la hormona adrenocorticotrópica. Todos ellos relacionados con la patogénesis de la depresión (7)

La deficiencia de ácidos grasos omega-3 de cadena larga (EPA y DHA) es un factor que contribuye a la aparición de trastornos depresivos, en parte debido al aumento de la respuesta proinflamatoria. Los omega 3 poseen acción inhibitoria sobre las citoquinas como la interleucina β o factor de necrosis tumoral α . Es decir, los omega 3 estarían implicados en la fisiopatología y etiología de la depresión, lo que ofrecería un enfoque terapéutico-preventivo potencial. (5)

Nuestra investigación tiene como objetivo principal comprobar el efecto protector del aceite de Plukenetia volubilis (Sacha Inchi) en la depresión inducida en un modelo animal, evaluando las dosis efectivas del compuesto.

MATERIALES Y MÉTODOS

En la presente investigación se realizó un estudio tipo analítico. Para la obtención del aceite se usaron las semillas de Sacha Inchi que fueron colocadas en el cilindro de una prensa hidráulica donde se prensó a una presión de 3000 psi. Se decantó los aceites obtenidos y se filtró a través de papel filtro (Whatman N.º1) con la ayuda de una bomba de vacío (Copelametic, USA), los volúmenes filtrados fueron almacenados. La población estuvo conformada por 48 ratones albinos machos cepas Balb-C (peso 25 ± 10 g) adquiridos del Bioterio del Instituto Nacional de Salud. En la distribución de la muestra, se dividieron aleatoriamente 24 ratones para ser sometidos a prueba de nado forzado; los cuales fueron tratados por vía oral durante 10 días previos de la siguiente manera: Grupo N° 1(n=6) Agua destilada 5 ml/Kg c/12h, Grupo N° 02 (n=6): Fluoxetina 10 mg/Kg c/24horas, Grupo N° 03 (n=6): Aceite de sachá inchi 1 g/kg c/12 horas, Grupo N° 04 (n=6): Aceite de sachá inchi 3g/kg c/12 horas. Luego de estos 10 días, fueron sumergidos en una piscina cilíndrica durante 6 minutos y se registró el tiempo de inmovilidad en segundos. La misma distribución y las mismas sustancias fueron administradas durante 10 días para los otros 24 ratones sometidos a la prueba de sujeción de cola, que consistió en suspenderlos por el tercio distal de la cola y registrar el tiempo de inmovilidad en segundos. El procesamiento, producción y análisis del aceite de

Plukenetia volubilis se realizó en el laboratorio de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La administración de las sustancias y la realización de las pruebas de Nado Forzado y Sujeción por la cola se realizó en el laboratorio de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica. Los datos fueron recogidos con ayuda de alumnos de la Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión, quienes desconocían el grupo al que pertenecían los roedores. Posteriormente se procedió a transferir la información a una base de datos elaborada en el programa estadístico SPSS Versión 24.0 Obteniéndose análisis uni, bi y multivariado representados por medio de gráficos y tablas.

RESULTADOS

COMPOSICIÓN DEL ACEITE DE Plukenetia Volubilis

Tabla 1: Contenido de ácidos grasos del aceite de sacha inchi.

Ácidos grasos	Aceite crudo de Sacha inchi *
Ácido mirístico (C14:0)	-
Ácido palmítico (C16:0)	3,50 ± 0,01
Ácido esteárico (C18:0)	2,60 ± 0,01
Ácido oleico (C18:1)	10,01 ± 0,01
Ácido vacénico	0,60 ± 0,01
Ácido linoléico (C18:2)	30,00 ± 0,02
Ácido α-linolénico (C18:3)	50,00 ± 0,02
Ácido eicosaenoico	0,20 ± 0,03
Ácidos saturados	7,20 ± 0,01
Ácido monoinsaturados	9,80 ± 0,02
Ácido poliinsaturados	85,24 ± 0,01
Relación omega-3/omega	1,40

Media de dos repeticiones ± desviación estándar.

En la tabla N°1 describimos los porcentajes de ácidos grasos del aceite de Plukenetia Volubilis (Sacha Inchi) utilizado esta investigación. Cuenta con un 85,24% de ácidos grasos poliinsaturados, encontrándose en mayor cantidad el ácido linoléico y el ácido linoleico.

PRUEBA DE NADO FORZADO

Tabla 2: Análisis descriptivo del tiempo de inmovilidad en la prueba de nado forzado

Grupo (n = 6)	Tiempo de inmovilidad (s)	Error estándar	Mínimo	Máximo	P valor*	P valor+
CONTROL	205,00 ± 24,29	9,916	180	240	___	p < 0,001
FLUOXETINA	130,00 ± 20,00	8,165	100	160	p < 0,001	___
P. volubilis D1a	184,67 ± 10,33	4,216	170	200	p = 0,244	p < 0,001
P. volubilis D2b	108,00 ± 14,97	6,110	90	130	p < 0,001	p = 0,188

***comparado con el control +comparado con la Fluoxetina a Aceite de Plukenetia Volubilis 1g/kg b Aceite de Plukenetia volubilis 3g/kg**

En la tabla N° 2 se muestra los resultados del análisis descriptivo del tiempo de inmovilidad en la Prueba de natación forzada y el p valor comparándolos con el grupo control y con el de fluoxetina. Los ratones tratados con aceite de Plukenetia volubilis (Sacha Inchi) a dosis de 1g/kg y a 3 g/kg presentaron tiempos de inmovilidad de 184,67 ± 10,33 y 108,00 ± 14,97, respectivamente, los cuales son menores comparados con el grupo control que tuvo un tiempo de inmovilidad 205,00 ± 24,29. Sólo el grupo con dosis de 3g/kg de aceite de Sacha Inchi, tuvo una diferencia con significancia estadística respecto al control. Además, el tiempo de inmovilidad fue menor para los ratones tratados con una dosis 3 g/kg de aceite de Sacha Inchi que con el tratamiento antidepresivo estándar (fluoxetina). Los grupos con dosis de 1g/kg y 3 g/kg de aceite de Plukenetia volubilis mostraron reducción del tiempo de inmovilidad de 10 % y 47% respectivamente.

PRUEBA DE SUJECIÓN DE COLA

Tabla 3: Análisis descriptivo del tiempo de inmovilidad en la prueba de sujeción de cola

GRUPO (n = 6)	Tiempo de inmovilidad	Error estándar	Mínimo	Máximo	p valor*	P valor+
CONTROL	165,83 ± 17,44	7,12	145	190	_____	p < 0,001
FLUOXETINA	49,17 ± 14,29	5,83	30	70	p < 0,001	_____
P. volubilis D1a	118,33 ± 22,29	9,09	100	150	p = 0,002	p < 0,001
P. volubilis D2b	63,33 ± 23,38	9,55	30	90	p < 0,001	p = 0,606

***comparado con el control +comparado el grupo de fluoxetina a Aceite de Plukenetia Volubilis 1g/kg b Aceite de Plukenetia volubilis 3g/kg**

En la tabla N° 3 observamos los resultados del análisis descriptivo del tiempo de inmovilidad en la Prueba de Sujeción de cola y el p valor comparado tanto para el grupo control como el de fluoxetina. Los ratones albinos administrados con aceite de Plukenetia volubilis (Sacha Inchi) a dosis de 1g/kg y a 3 g/kg presentaron tiempos de inmovilidad de 118,33 ± 22,29 y 63,33 ± 23,38 segundos, respectivamente, que son menores comparado con el grupo control que tuvo un tiempo de inmovilidad 165,83 ± 17,44. Sólo el grupo con dosis de 3g/kg de aceite de Sacha Inchi, tuvo una diferencia con significancia estadística respecto al control. Los grupos con dosis de 1g/kg y 3 g/kg de aceite de Plukenetia volubilis mostraron reducción del tiempo de inmovilidad de 28% y 61% respectivamente.

DISCUSIÓN

Desde hace más de medio ciclo, no se han introducido nuevos fármacos, que tengan mecanismos fundamentalmente distintos a los convencionales antidepresivos(8). La indefensión aprendida es un modelo teórico planteado por Seligman, donde estudia el comportamiento animal mientras se encuentre expuesto a estrés incontrolable. Estos animales presentan síntomas comparables con los humanos deprimidos como alteraciones del sueño, disminución de la ingesta y del peso, disminución de la conducta sexual e incremento de la hormona corticotrópica y de la corticosterona. Tanto la prueba de nado forzado como la de Sujeción de cola pertenecen a esta categoría. (8,9)

La interpretación de la prueba de Nado forzado la usamos para evaluar si los ratones tienden a adoptar estrategias de afrontamiento activas o pasivas. La administración de fármacos antidepresivos clásicos aumenta la latencia de aparición de inmovilidad y disminuye la duración de ésta, lo cual nos demuestra que el aceite de Plukenetia volubilis (Sacha Inchi) a dosis de 3 g/kg se presenta no sólo como factor protector sino que también presentaría potencial utilidad terapéutica.

Una variante de la prueba de natación forzada es la prueba de suspensión por la cola, en la cual se contabiliza el tiempo de inmovilidad, así como la latencia en la aparición de ésta (8). La administración aguda de la

mayoría de los antidepresivos reduce la inmovilidad, lo cual fue corroborado en nuestra investigación donde la administración de Fluoxetina, y dosis de 1g/kg y 3g/kg de aceite de Plukenetia volubilis presentaron efecto protector frente a la depresión inducida por estrés agudo.

Investigaciones previas han descrito que la suplementación con DHA durante 50 días en ratones, disminuyó significativamente el tiempo de inmovilidad en la prueba de nado forzado y concluyeron que el DHA tiene múltiples efectos sobre la depresión a través de los neurotransmisores, de las membranas de los eritrocitos y del eje HPA (7).

Otra investigación sobre la efectividad antidepresivos duales en ratones con niveles estrogénicos bajos (10), reportó que este tipo de antidepresivos son efectivos en los machos, pero no para la hembras, motivo por el cuál para no tener variables confusoras dentro de nuestra investigación sólo trabajamos con ratones albinos machos.

Existe múltiples estudios tanto en humanos como en modelos animales que demuestran el beneficio que una dieta balanceada rica en omega 3 o una suplementación con omega 3 traen grandes beneficios durante la gestación y la etapa post parto, ayudando no sólo a la formación del SNC del niño sino previniendo la depresión post parto en la madre (2,11,12). Arbabi et al (12) valoró la asociación de la ingesta de omega 3 y su efecto frente a la depresión atenuando la sintomatología, concluyendo que la administración de suplementos de omega 3 puede producir un efecto antidepresivo en ratas post parto inducido y que la suplementación también ayudaba a la disminución de los niveles de corticosterona y las citoquinas proinflamatorias.

Se comprobó que el aceite de Plukenetia volubilis posee alto contenido de ácidos grasos poliinsaturados, principalmente ácido linolénico (omega 3). En nuestra investigación se concluyó que el aceite de Plukenetia volubilis (Sacha Inchi) administrado por vía oral a dosis de 3g/kg demostró efecto protector frente a la depresión inducida por los modelos de nado forzado y sujeción de cola.

En ambas pruebas la fluoxetina obtuvo resultados equivalentes con los obtenidos a dosis de 3g /kg de aceite de *Plukenetia volubilis*, pero ninguno de los dos mostró superioridad respecto al otro.

Presentamos una alternativa de prevención en la depresión usando el Aceite Sacha Inchi como factor

protector basándonos en modelos animales sometidos a estrés inducido, abriendo así paso hacia futuras investigaciones farmacológicas en nuestro país y región de tratamientos distintos y prevención de la depresión con productos naturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet] n.d. Nota descriptiva: Depresión [Consultado 2018, Enero 10]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Gómez Rospide. Ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y trastornos depresivos. [Tesis Doctoral] Presentado en Facultad de Farmacia: Universidad Complutense. Julio 2017.
3. Garmendia F, Pando R, Ronceros G. Efecto del aceite de sachá inchi (*Plukenetia volubilis* L) sobre el perfil lipídico en pacientes con hiperlipoproteinemia". Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(4):628-32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000400009
4. Alayón A, Echeverri I. Sacha inchi (*Plukenetia volubilis* Linneo): ¿una experiencia ancestral desaprovechada? Evidencias clínicas asociadas a su consumo. Rev. chil. nutr.2016. vol.43 no.2. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182016000200009
5. Soborg Husted K, Bouzinova E. The importance of n-6/n-3 fatty acids ratio in the major depressive disorder. Medicina. 2016. (52) 139-147. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1010660X16300210?via%3Dihub>
6. Tapia A, Masson L. Niveles de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 en membranas de eritrocitos de mujeres con depresión. Rev Chil Nutr.2008. Vol. 35, N°4, 406-412. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000500002
7. Jiang L, Liang Q, Shi Y. Pure docosahexaenoic acid can improve depression behaviors and affect HPA axis in mice. EurRevMedPharmacolSci. 2012; 16: 1765-1773
8. Balada F, Márquez C, Nadal R, Redolar D, Silvestre J. Farmacología y Endocrinología del comportamiento.2012. [Primera edición].Editorial UOC. 212-217
9. Cassano P, Argibay P. La enfermedad depresiva y sus modelos animales. Rev. Hosp. Ital. B.Aires.2009.
10. Castellanos Cruz L. Comparación del Efecto Tipo Antidepresivo de Fluoxetina y Duloxetina entre Ratas Macho y Hembra [Tesis de Maestría]. Centro de Investigación y de Estudios avanzados del instituto politécnico nacional sede sur; 2013.
11. Tapia A. Ácidos grasos omega-3 para la prevención y tratamiento de las depresiones en el embarazo y post parto. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004, 69(5): 399-403
12. Arbabi L, Baharuldin M, Moklas M, Fakurazi S, Muhammad S. Antidepressant-like effects of omega-3 fatty acids in postpartum model of depression in rats. Behavioural Brain Research. 2014;271:65-71.

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

REVISTA MÉDICA
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH – SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017

HIV-AIDS knowledge, attitudes and practices among Public University students in Ica, 2017

Campos-Rosas María^{1,2,a}, Castro-Pari Wendy^{1,a}, Torres-Romucho Ángel^{1,a}, Arizaca-Oblitas Marcos^{1,a,b,c,d}

1. Facultad de Medicina. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.

2. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica (SOCEMI). Univ. Nacional, San Luis Gonzaga. Ica.

a. Médico Cirujano.

b. Médico pediatra.

c. Magister.

d. Miembro asesor.

Correspondencia:

María Claudia Campos Rosas
Domicilio: Urb. San Miguel Calle
Sebastián Barranca B-271
Teléfono: 956616644
Email: maclaudia.cr@gmail.com

Contribuciones De Autoría:

MCR, WCP, ATR, y MAO:
Contribuciones en la concepción y
diseño del manuscrito, recolección,
análisis e interpretación de
los datos; redacción y revisión
crítica del contenido del
manuscrito y la aprobación final
del artículo.

Conflicto De Intereses: No
declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Campos-Rosas María, Castro-Pari
Wendy, Torres-Romucho Ángel,
Arizaca-Oblitas Marcos. Conoci-
mientos, actitudes y prácticas
frente al VIH – SIDA en estudiantes
de una Universidad Nacional de
Ica, 2017. Rev méd panacea
2018;7(1): 9-21

Recibido: 03 - 03 - 2018

Aceptado: 20 - 03 - 2018

Publicado: 23 - 04 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH-SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal en la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Participaron estudiantes del cuarto año de estudios, 12 carreras profesionales elegidas mediante muestreo aleatorio simple probabilístico. Se aplicaron 2 instrumentos de recolección de datos: Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) y Test de Adaptación Colombiana de la Escala de VIH-SIDA – 65, mediante entrevista directa. Se realizó análisis univariado y bivariado, empleando el paquete estadístico SPSS® v 23. **Resultados:** Se incluyeron 480 estudiantes, el 50,2% mujeres y el 49,8% varones; con edad promedio de 22,5 años (19 - 55). El puntaje para el nivel de conocimientos frente al VIH – SIDA, tanto en mujeres y varones se cataloga como intermedio ($50,89 \pm 8,775$), así como en las actitudes ($29,79 \pm 4,747$) y prácticas ($19,88 \pm 10,51$). Los estudiantes de Ciencias de la Salud presentan mayor nivel de conocimientos frente a otras carreras profesionales. La mayoría de los estudiantes (39,2%) inició su vida sexual entre los 15 y 18 años. El 47,5% de estudiantes refiere haber usado condón en su primera relación sexual. **Conclusiones:** Los estudiantes de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, en el año 2017, poseen un nivel intermedio de conocimientos, de actitudes y prácticas frente al VIH-SIDA. Los alumnos de Ciencias de la Salud reflejan mejores conocimientos y prácticas. Se debe fortalecer aspectos relacionados con la promoción de la salud que orienten a mejores actitudes y prácticas frente a los pacientes y la enfermedad.

Palabras clave: VIH, serodiagnóstico del SIDA, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud, prácticas sexuales, servicios de salud para estudiantes. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To identify HIV/AIDS knowledge, attitudes and practices among National University students in Ica, 2017. **Materials and methods:** A descriptive, cross-sectional study at the Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, was performed. 480 students belonging to the fourth academic year, 12 areers chosen by probabilistic random sampling, have participated. Two instruments of data collection were applied: Cuestionario Confidencial sobre Vida Sexual Activa (CCVSA) and Test de Adaptación Colombiana de la Escala de VIH/SIDA – 65, through direct interview. Univariate and bivariate analyzes using the statistical package SPSS® v 23, were performed. **Results:** 480 students were included, 50.2% women and 49.8% men; with an average age of 22.49 years. The score for the level of knowledge regarding HIV/ AIDS, both in women and men, is classified as intermediate ($50,89 \pm 8,775$), as well as in attitudes ($29,79 \pm 4,747$) and practices ($xx \pm xx$). The students of Health Sciences have a higher level knowledge compared to other professional careers. Most students (39,2%) started their sexual life, between 15 and 18 years old. Condom use in their first sexual relationship was reported in 47.5% of students. **Conclusions:** The students of Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica at 2017 have an intermediate level of knowledge, attitudes and practices regarding HIV-AIDS. The students of Health Sciences reflect better knowledge and practices. It should strengthen aspects related to health promotion that guide better attitudes and practices towards patients and the disease.

Keywords: HIV, AIDS serodiagnosis, Health Knowledge, Attitudes, Practice, student Health services. (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

A consecuencia de las metas alcanzadas por los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), desde el año 2000 al 2015 se ha producido una disminución notoria de las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas por el SIDA. Sin embargo, el VIH sigue siendo un problema de salud pública mundial, ya que ha cobrado 34 millones de vidas hasta la actualidad y 1,2 millones de personas murieron en todo el mundo a causa de esta enfermedad solo en el 2014 (1). Aproximadamente en América Latina y el Caribe viven alrededor de 2 millones de personas con VIH, casi un 30% no sabe que lo tienen, siendo diagnosticados en etapas muy avanzadas.

El VIH-SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública a nivel mundial, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos, siendo los jóvenes de 15 a 24 años quienes representan un tercio del número total de personas con nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial; por lo que, son necesarios buenos conocimientos sobre el tema para adoptar conductas que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH, en esta población tan susceptible (2).

En el 2015, fueron diagnosticados en Perú 1060 personas con SIDA y 4589 infectados con VIH; asimismo, de 1983 al 2015, Ica presentó 1489 casos notificados de SIDA, ubicándose en cuarto lugar. A nivel nacional, el 77% casos notificados de SIDA son varones y el 23% son mujeres, mientras que la mediana de la edad de casos de SIDA es de 31 años; entonces, es posible que el 50% de los casos se hayan expuesto al VIH antes de los 20 años (3). En Perú, tan sólo en el 2016, habitaban cerca de 70,000 personas con VIH, de este grupo una de cada cuatro personas desconocía su estado serológico, asimismo, para ese año se presentaron cerca de 2,700 nuevas infecciones, según el último reporte de la ONUSIDA (4). En ese sentido, el Ministerio de Salud del Perú remarca la necesidad de evitar las situaciones que nos pone en riesgo de adquirir el VIH (5).

Como antecedente importante se encuentra el trabajo realizado en universitarios de la ciudad de Cali, el cual tuvo por finalidad, indagar sobre las principales prácticas sexuales que ejercen los universitarios; así como, la percepción de riesgo frente a la presencia de ITS. Se menciona que el VIH-SIDA está reconocido ampliamente por los jóvenes como la ITS de mayor riesgo; y que los estudiantes presentan tendencia a cancelar el uso del preservativo al tener una pareja estable (6). De manera similar (7) en el 2012, en la ciudad de Ica se realizó un estudio donde se buscó determinar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH-SIDA en adolescentes de colegios de educación secundaria; si bien no es la misma población a la que hacemos referencia, es

importante realizar una comparación ante un estudio de similares características, las cuales están relacionadas a la investigación en curso.

Este estudio es importante, debido a que la falta de conocimiento del tema constituye un problema de salud pública mundial, estando nuestro país y región no ajeno a este; siendo, los grupos etarios más vulnerables el de jóvenes y adultos, por su inmadurez social, emocional y psicológica (8).

El objetivo principal de esta investigación es identificar y comparar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH-SIDA en estudiantes de ciencias de la salud, letras y humanidades e ingenierías de una universidad nacional de Ica en el año 2017; así como, las características sociodemográficas relacionadas, con el fin de aportar a la sociedad datos suficientes en el mejor desarrollo de esta población.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación es no experimental, prospectivo, de corte transversal, de carácter descriptivo. La unidad de análisis estuvo constituida por alumnos matriculados en el cuarto año de estudios de las siguientes profesiones: Ciencias de la Salud (Medicina Humana, Enfermería, Odontología, Farmacia), Letras y Humanidades (Contabilidad, Administración, Derecho, Educación Inicial) e Ingenierías (Ingeniería de Sistemas, Ingeniería Civil, Agronomía e Ingeniería Ambiental); de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga de Ica" en el año 2017.

Se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, calculando el número de participantes a incluir por cada facultad. Los criterios de inclusión para esta investigación fueron: tener una edad mayor o igual a 18 años, pertenecer a una de las 12 carreras profesionales antes mencionadas, estar matriculados en el cuarto año de estudios y aceptar participar en el estudio voluntariamente. Se realizó un estudio piloto en la Facultad de Medicina para confirmar tiempo del llenado de la encuesta y verificar que no haya errores. Posteriormente, se aplicó en las demás facultades la ficha de recolección de datos socio demográficos, junto al cuestionario confidencial sobre vida sexual activa (9) y Test Escala VIH-SIDA- 65 (10), previa firma del consentimiento informado.

La población total entre las 12 facultades era de 1492 alumnos, con una muestra obtenida de 469 unidades de análisis, con margen de error de 5%, precisión de 3% y nivel de confianza de 95%. Se recolectaron un total de 498 encuestas, depurando las fichas incompletas, quedando 480 encuestas. Se transfirió la información a una base de datos elaborada mediante el programa SPSS v.23, realizando análisis univariado y bivariado. Se consideró valor significativo a "p" menor de 0,05. Se

utilizó la Escala de Stanones para medir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, donde se aplicó una escala de calificación que constó de tres criterios: inferior, intermedio y superior.

RESULTADOS

Tabla 1: Factores Sociodemográficos de los estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	241	50,2
Masculino	239	49,8
Lugar de Procedencia		
Zona Rural	104	21,7
Zona Urbana	376	78,3
Lugar de Residencia		
Zona Rural	83	17,3
Zona Urbana	397	82,7
Religión		
Católica	363	75,63
Evangélica	38	7,92
Otros	79	16,46

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha de recolección de datos.

De los 480 estudiantes, el 50,2% (241) corresponde al sexo femenino y el 49,8% (239) al masculino, siendo la edad promedio de 22,49 años (19 - 55). El 21,7% (104) de estudiantes procedían de zonas rurales y el 17,3% (83) residían en ellas; siendo en mayor proporción los estudiantes de Agronomía. El mayor porcentaje de estudiantes profesaban la religión católica, con un 75,6% (363) (Tabla N° 01).

Tabla 2: Clasificación de la escala de conocimientos entre las facultades de una universidad nacional de Ica y según sexo 2017.

Facultades de estudio	Inferior	Intermedio	Superior	Total	
	%	%	%	N	%
Medicina Humana	0,0%	2,7%	97,3%	37	100%
Enfermería	0,0%	35,7%	64,3%	28	100%
Odontología	0,0%	48,9%	51,1%	45	100%
Farmacia	20,6%	64,7%	14,7%	34	100%
Contabilidad	60,0%	40,0%	0,0%	85	100%
Administración	37,0%	50,0%	13,0%	46	100%
Derecho	27,3%	65,9%	6,8%	44	100%
Educación Inicial	25,0%	50,0%	25,0%	20	100%
Ingeniería de Sistemas	0,0%	30,8%	69,2%	13	100%
Ingeniería Civil	0,0%	100,0%	0,0%	40	100%

Agronomía	2,1%	97,9%	0,0%	48	100%
Ingeniería Ambiental	7,5%	77,5%	15,0%	40	100%
Total	20,0%	56,9%	23,1%	480	100%
Sexo					
Femenino	19,5%	51%	29,5%	241	100%
Masculino	20,5%	62,8%	16,7%	239	100%
Total	20,0%	56,9%	23,1%	480	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha de recolección de datos

Para el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes se utilizó la Escala de Stanones respectivamente en cada una de ellas, posteriormente, con la Prueba de Kruskal-Wallis se halló la asociación entre el nivel de cada uno de estos, con los grupos de facultades de la universidad de estudio. Así tenemos, que el nivel de conocimientos para el grupo de estudiantes encuestados en total correspondió a una media de 50,89; lo que representa en la escala de Stanones un nivel intermedio (inferior 58 – 97, intermedio 44 – 57 y superior 40 – 43; datos no mostrados) y según Facultad de estudios, observamos que casi la mayoría de los estudiantes de la facultad de Medicina presentan un nivel de conocimientos superior (97,3%) y que los estudiantes de contabilidad son los que en mayor proporción presentan conocimientos inferiores (60%) (Tabla N° 02).

Se aprecia que tanto mujeres como varones muestran un nivel intermedio de conocimientos y actitudes frente al VIH-SIDA (Tabla N° 02); sin embargo, estos resultados no resultan ser significativos. No se halla una relación significativa entre el nivel de conocimientos y prácticas; además, muestra una tendencia negativa -0,063 en la relación, confirmando la poca asociación entre las variables. De manera contraria, la relación entre conocimientos y actitudes sí demuestra ser significativa.

Tabla 3: Escala de conocimientos, actitudes y prácticas por grupos de facultades de una universidad nacional de Ica, 2017.

Grupos de Facultades de la UNICA	Suma de puntajes		
	Conocimientos	Actitudes	Prácticas
Ciencias de la Salud n=144	220,55 +	235,46 +	135,78 +
Letras y Humanidades n=195	259,88 +	251,71 +	218,76 +
Ingenierías n=141	234,07 +	230,14 +	213,11 +
p valor (test de Kruskall Wallis)	0.029	0.322	0

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha de recolección de datos

Los universitarios presentan un nivel de actitud intermedio frente al VIH-SIDA según la escala de Stanones, con una media de 29,79 (inferior 34 – 60, intermedio 26 – 33 y superior 21 – 25; datos no mostrados). De modo global, resulta significativo el hallazgo en el que los estudiantes de Ciencias de la Salud presentan mayor nivel de conocimientos y prácticas sexuales (220,55 y 135,78 respectivamente) frente a las otras facultades de letras y Humanidades e Ingenierías, tomando como superior el rango promedio de menor valor; a diferencia de las actitudes que no demostraron certero valor (Tabla N° 03).

Tabla 4: Descripción de los conocimientos correctos e incorrectos frente al VIH-SIDA en los estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

	Verdadero %	FALSO %	No sé %
Número de pregunta de conocimientos correctos			
2. Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo jeringas con un drogadicto quien tiene la enfermedad	93,8%	2,3%	4,0%
3. Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen	83,8%	6,0%	10,2%
4. Las personas pueden reducir la probabilidad de llegar a infectarse con el virus del SIDA evitando las relaciones sexuales	75,0%	21,3%	3,8%
6. Hombres con el virus del SIDA pueden infectar a las mujeres	95,2%	2,3%	2,5%
7. El SIDA es una enfermedad que amenaza la vida de la persona	94,4%	2,7%	2,9%
8. Recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA	96,3%	2,3%	1,5%
9. Las mujeres con el virus del SIDA pueden infectar a los hombres	96,5%	2,1%	1,5%
10. Una persona puede reducir la probabilidad de infectarse con el virus del SIDA no teniendo relaciones sexuales	73,8%	20,4%	5,8%
13. El virus del SIDA se puede transmitir a través de la relación sexual entre un hombre y una mujer	92,5%	5,0%	2,5%
23. Las personas con el virus del SIDA están más propensas a contraer otras enfermedades	88,3%	5,8%	5,8%
24. Los hijos de una madre con el virus del SIDA corren mayor riesgo de contraer el SIDA	76,9%	16,9%	6,3%
25. En la actualidad no hay cura conocida para el SIDA	76,5%	11,0%	12,5%
26. Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de la enfermedad	77,3%	12,5%	10,2%
27. Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermos	67,1%	18,3%	14,6%
31. El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones	92,7%	4,2%	3,1%
32. Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal	74,0%	6,0%	20,0%
35. El virus del SIDA puede transmitirse entre dos hombres que tengan relaciones sexuales	77,7%	12,7%	9,6%
36. Los homosexuales masculinos corren un alto riesgo de contraer el virus del SIDA	64,8%	17,5%	17,7%
37. Las prostitutas tienen un alto riesgo de contraer el virus del SIDA	70,2%	19,8%	10,0%
40. Se puede contraer el SIDA a través de alguien que está infectado, aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad	82,5%	7,5%	10,0%

Número de pregunta de conocimientos incorrectos

1. Se puede saber si una persona tiene el virus del SIDA solo con la mirada	6,0%	84,4%	9,6%
5. Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos con una persona infectada	15,0%	76,7%	8,3%
11. Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el virus del SIDA	13,1%	71,3%	15,6%
12. Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con SIDA	3,1%	92,9%	4,0%
14. Todas las personas con el virus del SIDA son homosexuales	3,8%	93,3%	2,9%
15. Tener el SIDA no es grave, es como estar resfriado	4,4%	90,2%	5,4%
16. El estrés puede causar SIDA	2,5%	89,2%	8,3%
17. Se puede evitar contraer el virus del SIDA haciendo deporte con regularidad	7,1%	79,8%	13,1%
18. Es posible que una persona contraiga el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público utilizado por una persona infectada del virus	3,1%	93,1%	3,8%
19. Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños públicos	14,2%	67,5%	18,3%
20. Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la misma habitación con alguien con SIDA	7,1%	83,3%	9,6%
21. Existe un tratamiento médico que puede prevenir la transmisión del virus del SIDA	21,7%	53,1%	25,2%
22. Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona con el virus	7,5%	84,4%	8,1%
28. Las personas pueden contraer el virus del SIDA con un simple apretón de manos	4,4%	93,1%	2,5%
29. El SIDA se ha encontrado sólo en los hombres	2,3%	94,4%	3,3%
30. Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como un cepillo de cabello	19,0%	66,7%	14,4%
33. Se puede contraer el virus del SIDA bebiendo de la misma taza o vaso que una persona con SIDA usó	12,5%	74,2%	13,3%
34. Se puede transmitir el virus del SIDA mediante abrazos	2,3%	96,3%	1,5%
38. El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA	16,7%	66,5%	16,9%
39. Se puede contraer el virus del SIDA en la piscina	11,0%	69,8%	19,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha de recolección de datos

La mayoría de los estudiantes (96,3%) muestran conocimientos correctos en forma global frente al enunciado: “Las mujeres con el virus del SIDA pueden infectar a los hombres”. Sin embargo, se puede evidenciar desconocimiento en regular proporción (20,0%) frente a la posibilidad de adquirir el virus del SIDA a través de penetración anal. Un 25,2% (121) muestran ideas incorrectas frente a la posibilidad que el tratamiento médico pueda prevenir la transmisión del virus del SIDA (Tabla N° 04).

Tabla 5: Actitudes frente a la infección del VIH-SIDA en estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

	De acuerdo %	Desacuerdo %	No sé %
Número de Pregunta de Actitudes Positivas			
48. Es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud.	92,3%	6,3%	1,5%
49. Creo que a cualquiera que se inyecte drogas debe realizarse la prueba del virus del SIDA.	75,0%	16,0%	9,0%
57. Debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los buses públicos.	61,3%	31,3%	7,5%
60. Debería permitirse que las personas con el virus del SIDA vivan en unidades residenciales.	50,6%	35,8%	13,5%
61. Debería permitirse que los alumnos que tienen el virus del SIDA asistan a clase.	76,3%	17,9%	5,8%
Número de Pregunta de Actitudes Negativas			
42. Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA	77,9%	11,9%	10,2%
45. Me sentiría incómodo usando el mismo baño y vestuario de una persona con el virus del SIDA	53,1%	34,2%	12,7%
50. Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás	28,1%	65,0%	6,9%
51. Se está invirtiendo en el SIDA demasiado tiempo, dinero y otros recursos en comparación con otras enfermedades	53,5%	25,4%	21,0%
64. Las personas con el virus del SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás	85,0%	9,0%	6,0%
Número de Pregunta de Actitudes Neutras			
46. Elegir el tipo de condón que se va a comprar puede resultar difícil	19,6%	61,3%	19,2%
56. El sexo no es tan placentero cuando se usa condón	38,3%	42,5%	19,2%
59. Parar durante el acto sexual para ponerse un condón hace el sexo menos divertido	23,3%	58,5%	18,1%
62. Creo que es muy importante usar condones cada vez que se tengan relaciones sexuales	91,5%	5,6%	2,9%
63. Resulta difícil encontrar sitios donde comprar condones	19,6%	70,8%	9,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha de recolección de datos

El 50% de encuestados muestran actitudes positivas frente a la infección del VIH-SIDA, dentro de los cuales están de acuerdo en que es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud (92,3%) (Tabla N° 05). El 65% de participantes refieren estar de acuerdo con que las personas con SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás, siendo una actitud negativa. Por otro lado, el 91,5% de estudiantes cree muy importante el uso de condones cada vez que se tengan relaciones sexuales (Tabla N° 05).

Tabla 6: Descripción de la autoeficacia frente a la infección del VIH-SIDA en los estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

Número de pregunta	De Acuerdo		Desacuerdo		No sé		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
41. Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que use un condón.	448	93,3%	14	2,9%	18	3,8%	480	100%
47. Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente.	153	31,9%	271	56,5%	56	11,7%	480	100%
52. Soy capaz de preguntarles a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya.	112	23,3%	332	69,2%	36	7,5%	480	100%
54. Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual.	124	25,8%	278	57,9%	78	16,3%	480	100%
55. Soy capaz de llevar condón por si decido tener relaciones sexuales.	376	78,3%	54	11,3%	50	10,4%	480	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha de recolección de datos

El 93,3% (448) de los estudiantes refieren ser capaces de solicitar a su pareja sexual el uso del condón. Se observa que un gran porcentaje de estudiantes 78,3% (376), refiere ser capaz de poder llevarlos por si decide tener relaciones sexuales. No demostrando tan buena autoeficacia al afirmar si eran capaces de cuestionar a su pareja por si ha tenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya (69,2%) (Tabla N° 06).

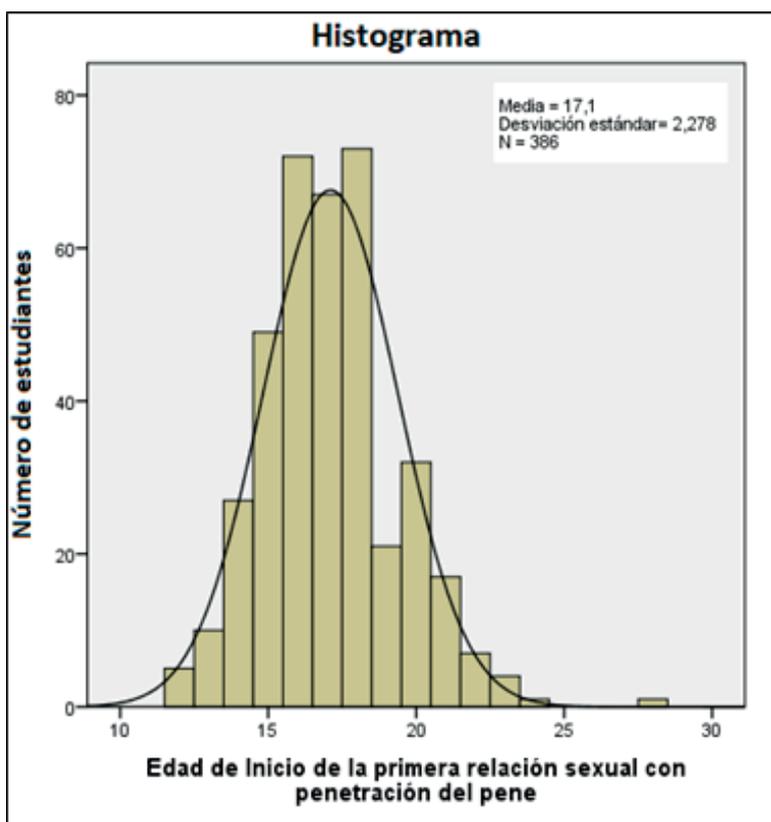


Figura 1: Distribución de edad sobre el inicio de la relación sexual con penetración de los estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

Dentro de las prácticas sexuales el 80,4% de los estudiantes afirman ya haber tenido alguna forma de relaciones sexuales con penetración: vaginal (76,5%); oral (42,9%) y anal (30,6%); mientras que el 19,6% refirieron no haber tenido aún relaciones sexuales de esta categoría (datos no mostrados). La edad de inicio de relaciones sexuales con penetración reflejada en el estudio oscila entre los 15 y 18 años con un 39,2% y en menor porcentaje, el 8,8% antes de los 15 años (Figura 1).

En la primera relación sexual el 47,5% de estudiantes refiere haber hecho uso del condón, mientras que en la última relación sexual lo afirma el 53,4% de encuestados. El 46,7% de estudiantes que no hicieron uso del preservativo, justifica su actitud debido a que confían en la persona con quien tuvo esa relación. En los últimos doce meses los estudiantes afirman haber mantenido relaciones sexuales con penetración con al menos 2 personas, siendo el valor mínimo 1 y el máximo de 13 personas. Además, el 90,2% afirma haber tenido relaciones sexuales con personas del sexo opuesto; 9,5% con personas de su mismo sexo y 0,3% con ambos sexos. Así mismo, el 74,1% estudiantes afirma haber tenido relaciones con penetración en la vagina y de ellos solo el 25,5% refiere haber usado condón en todas las ocasiones (datos no mostrados).

Figura N° 02.

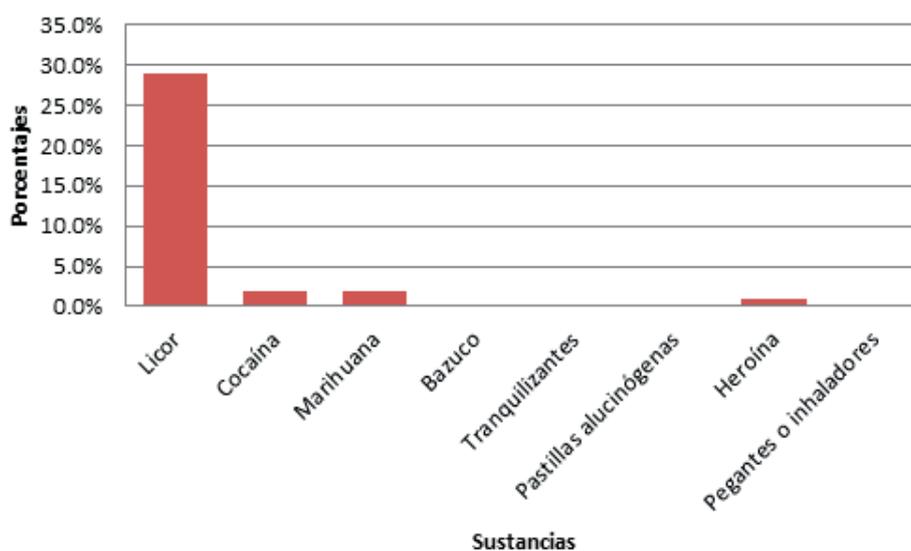


Figura 2: Sustancias más usadas durante las prácticas sexuales en los últimos 12 meses, por parte de los estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

En el estudio realizado, el 29,9% de los encuestados afirma haber estado principalmente bajo efectos de licor en sus prácticas sexuales en los últimos doce meses (Figura N° 02).

Tabla 7: Medidas preventivas para evitar la transmisión del VIH-SIDA en los últimos 12 meses por parte de los estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

Número de pregunta	Sí %	No %	Total %
17 A. Tener relaciones sexuales sólo con una misma persona.	50,8%	49,2%	100%
17 B. Usar condón.	73,1%	26,9%	100%
17 C. Conversar con la(s) personas(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el riesgo que tienen de adquirir el virus.	63,7%	36,3%	100%
17 D. Ponerse de acuerdo con la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales sobre el uso de medidas de protección.	69,9%	30,1%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha de recolección de datos

Los participantes muestran una actitud favorable para adoptar medidas preventivas y evitar adquirir VIH-SIDA, con el uso del condón (73,1%), y mediante el acuerdo y diálogo sobre medidas de protección con sus parejas (69,9%) (Tabla N° 07).

DISCUSIÓN

En el Perú, la población juvenil universitaria representa un gran porcentaje de la población total, mostrándose vulnerables a la exposición de factores de riesgo frente a las infecciones de transmisión sexual, adicciones y otros problemas sociales. El Centro de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades revelaron que las personas entre 25 y 34 años eran quienes constituían el grueso de casos de VIH-SIDA, durante el periodo de tiempo de 1983 al 2017 (3); siendo necesario intervenir en esta población para lograr instaurar o reforzar buenos conocimientos sobre el tema y lograr la prevención de esta infección.

En nuestro trabajo hallamos que varones y mujeres muestran un nivel de conocimientos intermedios; siendo los primeros quienes obtienen valores ligeramente superiores a las mujeres (Tabla N° 02). Estos datos concuerdan con otros trabajos del Estado de los Emiratos Árabes Unidos y Tanzania que afirman de manera similar que los varones presentan conocimientos sobre VIH-SIDA superiores al de las mujeres (11,12). También se ha reportado que el 66,7% de la población femenina presenta nivel de conocimientos regulares y en mucho menor porcentaje conocimientos buenos (8,6%) (15). Sin embargo, otro estudio no encontró asociación entre el puntaje de conocimientos con ninguna de las variables independientes presentadas, entre ellas, el género de la persona (13).

Nuestra población de estudio muestra un nivel de conocimientos intermedios frente al VIH-SIDA, con puntaje de 50,89 + 8,78, que es inferior en comparación con el puntaje obtenido en el rubro de conocimientos (66±10,3) en otro estudio realizado en Medellín, Colombia (14); identificando un perfil menos favorable, que se puede atribuir a la diferencia de esfuerzos e inversión de recursos en educación y desarrollo social de cada país.

En la relación del nivel de conocimientos sobre VIH-SIDA con la carrera profesional, muestran superioridad mínima en los alumnos de ciencias de la salud respecto a los de ingeniería, así como lo han mostrado otros estudios(15,16). Estos resultados podríamos atribuirlos a que los universitarios que cursan los últimos años de estudio en facultades de ciencias de la salud cuentan con mayor experiencia en la práctica hospitalaria y desarrollan numerosos cursos teóricos relacionados a esta enfermedad.

También se muestra que los estudiantes tienen conocimientos incorrectos en la forma de transmisión del virus (Tabla N° 04). Cuando este punto, es el de mayor énfasis al realizar educación y prevención de esta enfermedad. Resalta el ejemplo de que aún se crea que el VIH se pueda transmitir por el uso de asientos, baños públicos o de objetos personales de otra persona como

un cepillo de cabello. A más de 25 años del descubrimiento del VIH-SIDA, este panorama despierta preocupación, lo que reafirma la importancia de intervención en esta población.

Anteriormente, se ha reportado en la facultad de enfermería de la misma universidad, un alto nivel de conocimiento (99%) y actitudes favorables (85%) sobre VIH-SIDA; siendo porcentajes muy aceptables para una rama de Ciencias de la salud. De manera similar a nuestro estudio, el área de ciencias de la salud respecto a las demás facultades demuestra tener mejores prácticas sexuales y nivel de conocimiento frente al VIH-SIDA (Tabla N° 03), correlacionando mejores conocimientos, mejores prácticas sexuales. Resaltamos que dentro de las prácticas favorables se ha considerado aquellos estudiantes que aún no han iniciado su vida sexual (6,7).

En análisis del sexo biológico con nivel de actitudes y prácticas, demostró que mujeres y varones presentan niveles intermedios, siendo mayor por parte de los varones en el rubro de prácticas sexuales (Tabla N° 02). Respecto a las actitudes positivas, el 92,3% de nuestra muestra afirma: es importante que los estudiantes aprendan sobre el SIDA en clases de comportamiento y salud. Por otra parte, el 65% de los encuestados está a favor de que las personas con SIDA deben ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás; una actitud negativa que llama la atención, pues a pesar de poseer un nivel intermedio de conocimientos, estos pueden verse influenciados por tabúes o estigmas propios.

Algunos estudios(18) señalan que las personas infectadas por VIH que no conocen su estado serológico realizan más prácticas sexuales de riesgo que las personas diagnosticadas, elevando aproximadamente 3,5 veces la transmisión del virus; lo que demuestra la importancia de un diagnóstico temprano. El comportamiento sexual es considerado como una práctica, por ser construido y compartido socialmente (19). Los conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad de la población adolescente se relacionan con la estructura del hogar y la percepción de los jóvenes acerca de la funcionalidad de este.

La edad de inicio de las relaciones sexuales es de relevante importancia, debido a que la mayor tasa de transmisión del VIH es por vía sexual (20). Los factores asociados a una edad temprana son baja autoestima, iniciación de la vida sexual en los amigos, desintegración familiar, poca comunicación entre padres y adolescentes, percepción de madurez física, abandono de los estudios, mal uso del tiempo libre y presión de la pareja (21). En base al cuestionario aplicado, tenemos como edad de inicio de relaciones sexuales con penetración entre los 15 a 18 años (48,7%), seguido de los mayores de 18 años (40,4%) y en menor porcentaje antes de los 15 años

(10,9%); similar a los otros estudios realizados en la ciudad de Ica (7), donde obtienen como edad de inicio de las relaciones sexuales de $14,31 \pm 1,55$ años. Nuestros resultados muestran que las facultades del área de la salud fueron quienes más retrasaron su primera relación sexual con penetración.

A pesar de que el VIH-SIDA está reconocido ampliamente por los jóvenes, en su gran mayoría como la ITS de mayor riesgo, aún es poco común el uso del preservativo como medio de protección; que está demostrado, es un elemento crucial para un enfoque integral y sostenible de la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados (1).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015), sólo el 9,7% de adolescentes entre los 15 y 19 años utilizó condón masculino en su primera relación sexual. A pesar de estos datos, el 46,6% de los jóvenes no usaron condón en la última relación sexual, como causa principal, la confianza en su pareja estable, siendo predominante la tendencia a cancelar el uso del preservativo, como un símbolo de fidelidad y compromiso (13).

Algunas actividades sexuales son más riesgosas que otras para obtener o transmitir el VIH; Claro ejemplo, es que una persona seronegativa sea el socio receptivo ("pasivo") en el sexo anal (22). El riesgo de las actividades como el sexo oral, las caricias y los besos es pequeño o inexistente en lo que se refiere al contagio o la transmisión del VIH (24,25). Diversos estudios a nivel de Perú y Latinoamérica (23, 26) informan que los varones presentan mayor variedad de experiencias sexuales que las mujeres.

Según Bermúdez y cols (23), las mujeres en mayor proporción no utilizaron preservativo en la primera relación sexual anal y presentaron mayor índice de riesgo de esta práctica frente a los varones; lo que nos hace suponer como causa, el que muchos jóvenes utilizan el preservativo para evitar embarazos no deseados, mas no como medio de protección contra ITS; y el posible desconocimiento del canal anal como vía de transmisión.

Respecto a las conductas de riesgo paralelas a las prácticas sexuales con penetración, se evidencia que en los últimos doce meses el 29% de los estudiantes estuvo bajo efectos del alcohol, y en segundo lugar por drogas (Figura N° 02). El consumo previo de sustancias es un factor determinante en la adopción de conductas de riesgo, específicamente en el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes (21). Los jóvenes reconocen al alcohol como una de las sustancias más populares que se encuentran a su alcance, permitiéndoles involucrarse en experiencias más

arriesgadas y aumentar la excitación entre ellos (27). Diversos estudios sustentan (6,13,28) a la euforia del momento y a todos estos factores como influyentes en el no uso del preservativo.

De acuerdo con nuestros resultados creemos que es necesario facilitar espacios adecuados para la adquisición o reforzamiento de conocimientos en el tema de VIH-SIDA, por parte del equipo educativo universitario en todas las facultades; con el fin de modificar actitudes negativas de nuestros estudiantes e influir para que realicen con seguridad sus prácticas sexuales previniendo la infección por el VIH y otras ITS.

Esperamos que esta investigación sirva de base para futuros estudios y sea considerado en la reestructuración académica en los primeros años de estudios universitarios, ya que ha quedado demostrado la importancia de la educación en este tema, debería iniciar en los colegios y reforzarse en la universidad. Los estudios futuros deben evaluar el comportamiento sexual de riesgo del estudiante universitario, así como las actitudes hacia las personas que viven con el VIH, para ayudar a proporcionar una comprensión integral y reforzar conocimientos de los problemas sexuales entre los estudiantes universitarios.

CONCLUSIONES

Los estudiantes de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, en el año 2017, poseen un nivel intermedio de conocimientos ($50,89 \pm 8,775$), actitudes ($29,79 \pm 4,747$) y prácticas ($19,88 \pm 10,51$) frente al VIH-SIDA. Los estudiantes del área de ciencias de la salud tienen mayor nivel de conocimientos y prácticas frente al VIH-SIDA respecto a las otras áreas como Ingenierías y Humanidades. El nivel de conocimientos guarda poca asociación con las prácticas frente al VIH-SIDA, pero no con el nivel de actitudes, y aún existen actitudes negativas hacia la persona infectada con VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA nota descriptiva n°360. 2013.
2. PAHO/WHO Institutional Repository. (2018). Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. [Online].; 2017. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456>.
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades - MINSA. Situación del VIH-SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Abril 2016.
4. ONUSIDA. UNAIDS.org. [Online].; 2018 [cited 2018 marzo 20]. Available from: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>.
5. Ministerio de Salud del Perú. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 20]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=25679>.
6. Orcasita LT, López A, Gómez C. Conocimientos sobre riesgos frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Med. U.P.M.* 2014; 14(1): p. 143-158.
7. Huaranga-Bravo J, Miranda Soberón U, Medrano Huallanca M, Carhuanchu Arango , Sulca Díaz O. Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente al VIH/SIDA en estudiantes de educación secundaria de una provincia peruana, 2012. Ica.
8. ONUSIDA. Los niños y los jóvenes en un mundo con SIDA. [Online]; 2001 [cited 2018 marzo 19]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc656-child_aids_es_0.pdf.
9. Contrera F, Carrobbles JA, Juárez Acosta F. Propiedades psicométricas del "Cuestionario confidencial de vida sexual activa" para evaluar conductas de riesgo en VIH-Sida. *Behavioral Psychology.*; 15(1): p. 5-27.
10. Maldonado Cervera AL, Castillo L. *Psicología Online.* [Online]. [cited 2016 febrero 20]. Available from: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/p/69/index.html>.
11. Haroun D, El Saleh O, Wood L, Mechl R, Al Marzouqi N, Anouti S. Assessing Knowledge of, and Attitudes to, HIV/AIDS among University Students in the United Arab Emirates. *PLOS ONE.* 2016 February; 11(2).
12. Mkumbo K. Assessment of HIV/AIDS knowledge attitudes and behaviours among students in higher education in Tanzania. *Global Public Health.* 2013 Octubre; 8(10).
13. Mazo-Vélez , Domínguez-Domínguez LE, Cardona-Arias JA. Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. *revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander.* 2014; 27(3): p. 35-45.
14. Cardona Arias JA, Hernández JC, Suárez GR, Zapata W. Conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en estudiantes de educación media de Medellín. *iMedPub Journals.* 2015; 11(4:10).
15. Díaz Montes CE, Cantillo Uribe L, García Vergara K, Martínez Marenco , Vega Recuero J. CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES DE UNA UNIVERSIDAD EN CARTAGENA – COLOMBIA, 2011. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2014 julio - diciembre; 19(2): p. 38-52.
16. Smith L, La Place L, Menn M, Wilson KL. HIV-related knowledge and perceptions by academic major: implications for university interventions (USA).. *Front Public Health.* 2014 March; 2(18).
17. Enríquez Negrete DJ, Sánchez Medina R. Retraso del debut sexual en universitarios: el papel de los padres, la pareja y los conocimientos sobre VIH / SIDA / ITS /condón. *Psicología Iberoamericana.* 2016 diciembre; 24(2): p. 34-43.
18. Marks G, Crepaz N, Janssen R. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS.* 2006; 20(10).
19. Bahamón Muñetón MJ, Vianchá Pinzón MA, Tobos Vergara AR. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe.* 2014; 31(2).
20. (gTt-VIH) GdTstDv. HIV testing and risks of sexual transmission (3rd edition). [Online].; 2016 [cited 2018 marzo 19]. Available from: http://gtt-vih.org/files/active/0/GUIA_transmision_sexual_web_2Edi.pdf.
21. Jumbo Cedillo IC. Factores psicosociales relacionados con el inicio de la vida sexual en adolescentes del Colegio Pío Jaramillo Alvarado Loja 2014. 2016. [Tesis de Pregrado]. Loja: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de Loja; 2016.
22. CDC. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [Online].; 2016 [cited 2018 febrero 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html>.
23. Bermúdez MP, Ramiro MT, Teva I, Ramiro-Sanchez T, Buena-Casal G. Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). *Gaceta Sanitaria.* 2017.
24. Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. *HIV/AIDS–Research and Palliative Care.* 2014; 6: p. 147-158.
25. CDC. Centros para la Prevención y Control de Enfermedades. [Online]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/vaginalsex.html>.

26. Killoren SE, Deutsch AR. A Longitudinal Examination of Parenting Processes and Latino Youth's Risky Sexual Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*. 2014; 23(12).
27. Trujillo León J. EXPECTATIVAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CONDUCTAS SEXUALES RIESGOSAS EN JÓVENES ESTUDIANTES. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015.
28. Dingeta T, Oljira L, Assefa N. Patterns of sexual risk behavior among undergraduate university students in Ethiopia: a cross-sectional study. *Pan African Medical Journal*. 2012; 12(33).

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

R E V I S T A M É D I C A
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la Palma, Ica 2017

Therapeutic adherence and conditioning factors in its compliance in patients with pulmonary tuberculosis attended at the Microred la Palma, Ica 2017

Meza-Condezo Walter^{1,a}, Peralta-Pumapillo Adderly^{1,a}, Quispe-Gómez Freddy^{1,a}, Cáceres-Bellido Fermín^{1,2,a}

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

2. Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú.

a. Médico Cirujano

b. Cirujano General

Correspondencia:

Meza Condezo Walter

Domicilio: Calle Los Pacaes A16

Teléfono: 920 646 879

Email:

waltermezacondezo@gmail.com

Contribuciones De Autoría:

WMC, APP, FQG, y FCB:

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

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Meza-Condezo W, Peralta-Pumapillo A, Quispe-Gómez F, Cáceres-Bellido Fermín E. Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la microred la palma, Ica 2017. Rev méd panacea. 2018; 7(1): 22-27

Recibido: 03 - 03 - 2018

Aceptado: 20 - 03 - 2018

Publicado: 23 - 04 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Determinar la adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red La Palma, Ica 2017. **Materiales y métodos:** Nivel de investigación observacional, tipo analítico, prospectivo y transversal. Realizado mediante un test de Morisky-Green-Levine. El análisis se realizó mediante spss 24.0 aplicando el test exacto de fisher (p-valor <0.05) **Resultados:** Se encuentra que existe 42% de mala adherencia, entre factores asociados, se encuentra con los factores relacionados a la terapéutica, con relación a la asistencia sanitaria, y con factores en relación al paciente.

Palabras clave: Tuberculosis, tratamiento farmacológico, cumplimiento de la medicación. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To determine the therapeutic adherence and conditioning factors in its compliance in patients with pulmonary tuberculosis treated in the La Palma Micro-Network, Ica 2017. **Materials and methods:** Level of observational research, analytical, prospective and transversal type. Performed by a Morisky-Green-Levine Test. The analysis was performed by SPSS 24.0 applying the Fisher exact test (p-value <0.05) **Results:** It is found that there is 42% of poor adherence, among associated factors, it is found with the factors related to the therapeutic, in relation to health care, and with factors in relation to the patient.

Keywords: Tuberculosis, drug therapy, medication Adherence. (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

En el Perú cada año existen aproximadamente 29 mil casos nuevos de personas con enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar encontrándose la presencia de bacterias de la tuberculosis en la baciloscopia considerándose como frotis positivo, es importante debido que es tarea fundamental que el médico realice las indicaciones respectivas adecuadas ya que de ello dependerá el comportamiento del paciente frente a la adherencia farmacológica, las indicaciones recibidas implica saber: cuando y que debe hacer, a su vez es importante lograr que los pacientes logren adquirir y mantener la adherencia al tratamiento cumpliendo con todo lo que se le indica referente a su salud.

La tuberculosis es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las enfermedades que afecta a la tercera parte de la población mundial, siendo una enfermedad frecuente en países en desarrollo y en especial en las áreas más densamente pobladas (1).

A nivel mundial la tuberculosis es la segunda causa de mortalidad, después del SIDA, en el 2013, se estima que se contrajeron tuberculosis multidrogosresistente 450 000 personas, y que 170 000 fallecieron por esta causa. (1)

La tuberculosis en el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte (2), y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos (AVISA) (3). Afecta, predominantemente, a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país (4). Las tasas notificadas de incidencia (casos nunca tratados por cada 100 mil habitantes) y de morbilidad total (nuevos y antes tratados por cada 100 mil habitantes) han disminuido entre 2 a 3% por año entre los años 2011 a 2015, de 97,4

a 87,6 en incidencia y de 109,7 a 99,5 en morbilidad.

Según el Ministerio de Salud del Perú, la tuberculosis es un grave problema de salud pública en el Perú, esto debido por muchos factores, entre los más importantes, debido a la pobre adherencia al tratamiento que presentan las personas que padecen dicha enfermedad (5). En esta investigación pretendemos determinar la adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar que son atendidos en la Microred La Palma, Ica 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio de la investigación fue Observacional, de tipo prospectivo obteniéndose a partir entrevistas con los pacientes que tuviesen tuberculosis, de corte Transversal; descritos en un solo momento y espacio en cada uno de los estudiantes; estudio de tipo Analítico, donde el propósito es evidenciar una variable independiente (adherencia terapéutica) en relación a una variable dependiente (los factores condicionantes en su cumplimiento, tuberculosis pulmonar), más no interviene en la historia natural de la enfermedad. La población de estudio estuvo conformada por 52 pacientes de la Micro red La Palma: 15 pacientes en el C. S. La Palma, 20 pacientes del P.S. Sr de Lúren, 11 del C. S. San Joaquín, 2 pacientes del P.S. Cachiche y 4 pacientes del PS.S. Huarango, los cuales son tomados a través del muestreo no probabilístico y por conveniencia.

RESULTADOS

Entre los pacientes encuestados con tuberculosis pulmonar, se le encontró edades comprendidas entre, 01 año y 74 años, obteniendo una mediana de 28 años, siendo la edad más frecuente de 22 años.

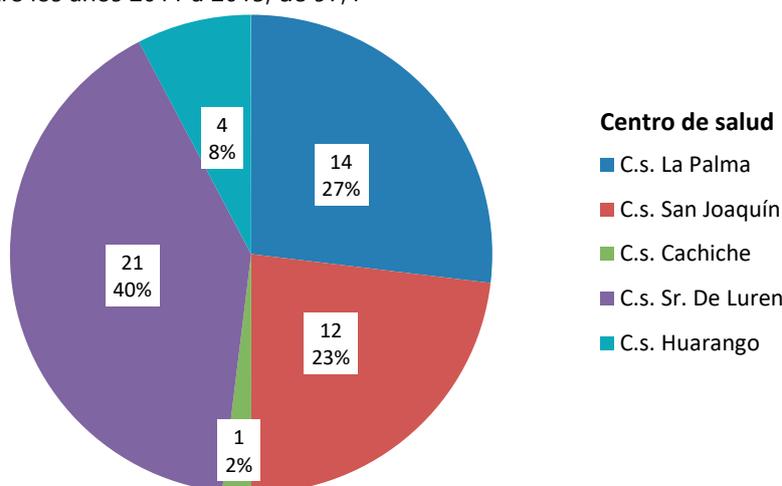


Gráfico 1. Distribución de pacientes por establecimiento de Salud.

Se entrevistaron a 52 pacientes con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, que pertenecen a la Micro Red La Palma, donde el 40.38% pertenece al PS. Luren, 26.92% al C.S. La Palma 23.08% al C.S. San Joaquín, 7.69% al PS. Huarango y con menor proporción al PS. Cachiche.

Tabla 1. Resultados del test de Morisky-Green-Levine, para determinar el cumplimiento a la medicación

	Resp. Adh	Sí		No		Total	
		N	%	N	%	N	%
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos?	No	11	21,2%	41	78,8%	52	100,0%
2. ¿Toma sus medicamentos a la hora indicada?	SI	32	61,5%	20	38,5%	52	100,0%
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	NO	10	19,2%	42	80,8%	52	100,0%
4. Si alguna vez le caen mal, ¿deja de tomar la medicación?	NO	11	21,2%	41	78,8%	52	100,0%

De los 52 encuestados, para el tratamiento médico y farmacológico contra la tuberculosis, donde el 21.2% (11 pacientes) olvidan tomar sus medicamentos, el 38.5% (20 pacientes) no toma sus medicamentos a la hora indicada, el 19.2% (10 pacientes) deja de tomar los medicamentos cuando se encuentra bien y el 21.2% (11 pacientes) deja de tomar los medicamentos cuando no se encuentra bien, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 2. Adherencia terapéutica según el test de Morisky-Green-Levine

	N	%
No adherente	22	42,3
Adherente al tratamiento	30	57,7
Total	52	100,0

Siendo según el test evaluado, para el incumplimiento al tratamiento farmacológico de los pacientes, donde el 42.3% (22 pacientes) no tiene adherencia terapéutica al esquema de tuberculosis, como se observa en la tabla 2.

Tabla 3. Test X2 de independencia, asociación entre los factores relacionado a la terapéutica con la adherencia terapéutica.

		Adherencia terapéutica				p-valor
		No adherente		Adherente al tratamiento		
		N	%	N	%	
1. ¿Considera que la cantidad de medicamentos que debe tomar es mucha?	Sí	16	30,8%	24	46,2%	0.386
	No	6	11,5%	6	11,5%	
2. ¿El sistema de salud al que Ud., está afiliado le cubre los medicamentos para su tratamiento?	Sí	21	40,4%	30	57,7%	0.423
	No	1	1,9%	0	0,0%	
3. ¿Le ha tocado a Ud. Comprar sus medicamentos?	Sí	0	0,0%	0	0,0%	Constante
	No	22	42,3%	30	57,7%	
4. ¿Conoce los efectos indeseados de los medicamentos que toma para su tratamiento?	Sí	11	21,2%	13	25,0%	0.422
	No	11	21,2%	17	32,7%	
5. ¿Se ha interrumpido su tratamiento por la falta de medicamentos?	Sí	0	0,0%	0	0,0%	Constante
	No	22	42,3%	30	57,7%	
6. ¿Ha presentado malestar cuando se toma los medicamentos?	Sí	9	17,3%	4	7,7%	0.026
	No	13	25,0%	26	50,0%	

Con respecto al factor condicionante relacionados a la terapéutica en relación de la adherencia y terapéutica, no muestran asociación (p -valor >0.05), ni con la percepción de tomar muchos medicamentos, ni sobre el impedimento de tener los medicamentos por sus seguro, ni con la compra de medicamentos, ni con la interrupción de la terapia por falta de medicamentos, pero si muestra asociación con la percepción de molestias al tomar los medicamentos, Tabla 3.

Tabla 4. Test X2 de independencia, asociación entre los factores relacionados con la enfermedad con la adherencia terapéutica.

		Adherencia terapéutica				p-valor
		No adherente		Adherente al tratamiento		
		N	%	N	%	
7. ¿La tos es frecuente?	Sí	4	7,7%	4	7,7%	0.459
	No	18	34,6%	26	50,0%	
8. ¿Ha tenido fracaso en tratamientos anteriores?	Sí	2	3,8%	0	0,0%	0.174
	No	20	38,5%	30	57,7%	

Con los factores condicionantes relacionados con la enfermedad, no se encontró asociación con la adherencia terapéutica; ni con la sintomatología ni con fracasos de esquemas anteriores (p-valor >0.05), Tabla 4.

Tabla 5. Test X2 de independencia, asociación entre los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria con la adherencia terapéutica.

		Adherencia terapéutica				p-valor
		No adherente		Adherente al tratamiento		
		N	%	N	%	
9. ¿El médico le da las recomendaciones sobre el tratamiento?	Sí	21	40,4%	30	57,7%	0.423
	No	1	1,9%	0	0,0%	
10. ¿Considera que el médico le resuelve sus preguntas e inquietudes sobre la medicación y tratamiento?	Sí	16	30,8%	28	53,8%	0.5
	No	6	11,5%	2	3,8%	
11. ¿El suministro de los medicamentos para su enfermedad es completo?	Sí	22	42,3%	30	57,7%	Constante
	No	0	0,0%	0	0,0%	

Sobre los factores relacionados con el sistema de asistencias sanitaria y adherencia terapéutica, no presenta asociación (p-valor >0.05) con las recomendaciones que brinda el médico, ni con el suministro completo de los medicamentos para su terapia, más si tiene asociación sobre las inquietudes que resuelve el médico sobre la medicación ($p \leq 0.05$), Tabla 5.

Tabla 5. Test X2 de independencia, asociación entre los factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria con la adherencia terapéutica.

		Adherencia terapéutica				p-valor
		No adherente		Adherente al tratamiento		
		N	%	N	%	
12. ¿Cree que no necesita seguir el tratamiento para el manejo de su enfermedad?	Sí	0	0,0%	3	5,8%	0.184
	No	22	42,3%	27	51,9%	
13. ¿Se ha sentido motivado/da a cumplir con el tratamiento?	Sí	16	30,8%	28	53,8%	0.5
	No	6	11,5%	2	3,8%	
14. ¿Cree Ud. Que la enfermedad lo ha limitado en sus actividades diarias?	Sí	20	38,5%	22	42,3%	0.107
	No	2	3,8%	8	15,4%	

Tabla 4: Descripción de los conocimientos correctos e incorrectos frente al VIH-SIDA en los estudiantes de una universidad nacional de Ica, 2017.

15. Debido a la enfermedad, ¿ha notado cambio en su estilo de vida?	Sí	22	42,3%	27	51,9%	0.184
	No	0	0,0%	3	5,8%	
16. ¿Conoce la dieta a seguir para cumplir con el tratamiento?	Sí	12	23,1%	18	34,6%	0.456
	No	10	19,2%	12	23,1%	
17. ¿Recibe apoyo de su familia?	Sí	14	26,9%	26	50,0%	0.054
	No	8	15,4%	4	7,7%	
18. ¿Pertenece a algún programa de seguimiento o apoyo en el tratamiento?	Sí	19	36,5%	27	51,9%	0.506
	No	3	5,8%	3	5,8%	
19. ¿Queda lejos de su casa el Centro de salud?	Sí	8	15,4%	10	19,2%	0.525
	No	14	26,9%	20	38,5%	

Y sobre los factores relacionados con el paciente y la adherencia terapéutica, en la investigación, no muestra asociación (p -valor >0.05), con variables como: la negación ante el seguimiento del tratamiento, sobre la limitación que ejerce la enfermedad sobre las actividades diarias, o cambio de estilos de vida, conocimiento sobre dieta durante el tratamiento, apoyo familiar, pertenecer en algún grupo de apoyo, o sobre la lejanía del establecimiento de salud para recibir o continuar tratamiento. Pero se encuentra relación a la adherencia terapéutica con la motivación a cumplir con el tratamiento, Tabla 6.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una de las enfermedades que afecta a la tercera parte de la población mundial, y es un gran problema de salud pública (1). Donde uno de sus problemas arraiga en el mal tratamiento que siguen los pacientes, y esto por diversos motivos, siendo este el motivo de la investigación.

Se identifican casos entre pacientes con 01 año hasta 74 años de edad, con una media de 18 años, siendo la edad más frecuente de 22 años, datos que son compartidos al igual que Iparraguirre (6), donde su estudio realizado en Trujillo, el 74.47% de los pacientes tenían edades entre 20 a 65 años, con una edad promedio entre 10-19 años, con mayor frecuencia en el sexo masculino, González (7), en su estudio realizado en Ecuador, encontró que existe mayor incidencia en grupo de 39 – 50 años de edad, siendo su prevalencia mayor de 40 años, donde se explica que a partir de esta edad, el organismo empieza a disminuir sus defensas, haciéndose más sensible a adquirir este tipo de enfermedades infecciosas.

Al identificar la adherencia terapéutica, mediante el Test de Morisky-Green-Levine (8) se encuentra que el 21.2% olvida tomar sus medicamentos, 38.5% no toma sus medicamentos a la hora indicada, 19.2% deja de tomar

los medicamentos cuando se encuentra bien y el 21.2% deja de tomar los medicamentos cuando no se encuentra bien, esto deja como resumen que el 42.3% no tiene adherencia terapéutica al esquema de tuberculosis, estos resultados frente a diversos estudios nacionales, mantienen diversos porcentajes, tal es el estudio de Iparraguirre (6), donde presenta un 87.23% de adherencia farmacológica media, y solo un 2.13% de adherencia baja, Suárez y Catherine (5), muestran en Lima, que 46% de la población presenta una adherencia con nivel medio, Murcia (9), al evaluar a sus pacientes en el inicio y al final del tratamiento, muestra que se cumplió con un 83.5%, siendo 75% mayor en mujeres, a nivel internacional, González (7), muestra que en sus pacientes una adherencia del 89%, de un tratamiento entre 6 a 12 meses, siendo diversos motivos del abandono. El estudio de Garnica y cols. (10), determina que 7 de cada 13 pacientes esta adherido al tratamiento del programa Nacional de Control de Tuberculosis, lo cual representa aun cifras alarmantes.

En la evaluación entre la adherencia terapéutica del esquema de tuberculosis y variables de aspecto generales, no se encontró asociación (p -valor >0.05) entre la edad, el estado civil, antecedente de tuberculosis familiar, personas que habitan en el mismo dormitorio, grado de instrucción, afiliación al seguro integral de salud, hábito de drogadicción o tabaco, o presencia de personas con VIH. Resultados presentados que se muestran en la localidad, pero que en otros estudios encuentran relación con el sexo, grado de instrucción y lugar de procedencia, mas no con la edad, o estado civil o ingreso económico, donde los autores Araujo, Arévalo, y Torres (11), muestran que los factores biosociales son importante en la adherencia al tratamiento, Murcia (8), o Zeledón y cols. (12), encuentran que tener una primaria incompleta o ser de sexo masculino respectivamente, presentan un factor de riesgo, lo cual debe tener importancia y ser de vigilancia con la finalidad de

contribuir a minimizar la aparición de tuberculosis multidrogoresistente.

A la relación entre la adherencia terapéutica y factores relacionados a la terapéutica, se encuentra asociación con la percepción de molestias al tomar los medicamentos, con los factores relacionados con la enfermedad tampoco muestra alguna asociación. Con los factores relacionados al sistema de asistencia sanitaria, se encuentra relación, con la resolución de inquietudes por parte del médico acerca de la medicación, a esto Zeledón y cols. (12, 9), manifiesta que el abandono del paciente, se debe al desconocimiento del esquema de tratamiento y mala relación con el personal de salud, el cual es un punto prioritario en la aceptación del paciente, los autores Navarro, Rueda y Mendoza (13), en su estudio realizado en Venezuela, coinciden que un factor asociado en la mala adherencia terapéutica es el desconocimiento de la importancia de

esta terapia, así como el desconocimiento de su duración.

Asimismo se encuentra relación entre factores relacionados con el paciente y adherencia terapéutica, como es la motivación del paciente con el cumplimiento del tratamiento, en el estudio de González (7), dentro de los factores encontró en los pacientes que abandonaron el tratamiento de tuberculosis, 7% por la lejanía del establecimiento de salud, 12% no le toma importancia al tratamiento, 18% de los pacientes manifestaron en su estudio, que el seguimiento no fue tan bueno, y que un 7% nunca recibió seguimiento.

Suárez y Catherine (5), en su estudio, los pacientes que tienen un buen nivel de adherencia al tratamiento, se debe tanto por las indicaciones médicas, así como el apoyo familiar, Iparraguirre (6), muestra que como factor principal a la adherencia terapéutica, son las medidas preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. WHO | World TB Day, 24 March 2018 [Internet]. WHO. 2018 [citado 23 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2018/en/>
2. Ministerio de Salud, Oficina General de Tecnologías de la Información. Principales causas de mortalidad por sexo Perú, año 2014 [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/mortalidad/macros.asp?00>
3. Ministerio de Salud -Dirección general de Epidemiología. Carga de enfermedad en el Perú, estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima: USAID [Internet]. 2012; Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>
4. Ministerio de Salud del Perú. Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú 2010: documento técnico. 2012;156.
5. Suárez Ponce CY. Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis en un centro de salud, 2014 [Tesis para optar el Título Profesional de licenciada en Enfermería]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
6. Iparraguirre Usquiano MC. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en personas afectadas con tuberculosis en los establecimientos de salud de La Microred El Porvenir Trujillo 2015 [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería]. [Trujillo - Perú]: Universidad César Vallejo; 2016.
7. González Estévez EJ. Factores asociados al abandono y adherencia al tratamiento antituberculoso en pacientes detectados en la unidades operativas del Área de Salud N° 1 de la Ciudad de Tulcán Ibarra – Imbabura – Ecuador; 2012 [Tesis para optar el Título Profesional de licenciada en Enfermería]. [Ibarra, Imbabura - Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2017.
8. Morisky D, Green L, Levine D. Validez concurrente y predictiva autoinformada de adherencia a la medicación. *Med Care*. 1986; 24: 67-74.
9. Murcia Montañó MM. Evaluación de la adherencia al tratamiento para tuberculosis en el departamento del Amazonas; 2009-2012 [Tesis para optar el título de Magister en Salud Pública]. [Iquitos, Perú]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
10. Garnica Camacho B, Paz Zabala A, Zurita Canaviri MD, Prado Sejas G, Romero Jaldin B. Adherencia al Tratamiento de Tuberculosis en el Centro de Salud Temporal. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2014;17(1):11-4.
11. Araujo Ruiz V, Arévalo Arévalo SK, Torres Ahuanari RM. Factores biosociales asociados a la adherencia al tratamiento por tuberculosis pulmonar en dos establecimientos de salud Iquitos - 2014 [Tesis para optar el Título Profesional de licenciada en Enfermería]. [Iquitos, Perú]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014
12. Zeledón Zeledón PI, Blandón Tinoco HI, Bonilla Siu ER, Salinas AJ. Factores relacionados al cumplimiento y abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en León, Nicaragua / Factors related to compliance and abandonment of antituberculosis treatment in patients in León, Nicaragua / fatores associados à adesão. *Journal health npeps*. 29 de abril de 2017;2(1):148-60.
13. Navarro Quintero C, Rueda Rincón JL, Mendoza Ojeda JL. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB. *Revista Ciencia y Cuidado*. julio de 2013;10(1):19-27.



Nivel educativo del docente y su influencia en la calidad de la enseñanza universitaria Universidad Alas Peruanas – 2017

Educational level of the teacher and its influence in Quality of university teaching Alas peruanas university - 2017

Leveau Bartra Harry^{1,a}, Chávez Navarro Juan R^{2,b}, Geng Olaechea Luz E^{2,b}.

1. Universidad Privada San Juan Bautista. Filial-Ica.

2. Universidad Alas Peruanas. Filial -Ica.

a. Cirujano General.

b. Licenciado en administración.

Correspondencia:

Harry Leveau Bartra
Teléfono: 956 608 888
Email: kahaisail4@hotmail.com

Contribuciones De Autoría:

LBH, CNJ y GOL: Contribuciones en la concepción y diseño del manuscrito, recolección, análisis e interpretación de los datos; redacción y revisión crítica del contenido del manuscrito y la aprobación final del artículo.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Como Citar

Leveau Bartra Harry, Chávez Navarro Juan, Geng Olaechea Luz E. Nivel educativo del docente y su influencia en la calidad de la enseñanza universitaria – Universidad Alas Peruanas – 2017. Rev méd panacea 2018;7(1): 28-33

Recibido: 03 - 03 - 2018

Aceptado: 20 - 03 - 2018

Publicado: 23 - 04 - 2018

RESUMEN

Objetivo: Determinar la correlación entre nivel educativo del docente y su calidad en la enseñanza universitaria en la Universidad Alas Peruanas filial Ica en el 2017. **Materiales y métodos:** La investigación se realizó sobre 113 docentes universitarios de la Universidad Alas Peruanas filial Ica que ostentan diferentes grados académicos, quienes fueron evaluados por 904 alumnos a quienes imparte sus clases. La investigación es de tipo observacional, transversal, prospectiva y analítica.

Resultados: Existe diferencias entre las medias de las calificaciones de calidad pedagógica entre los niveles educativos que ostentan los docentes de la Universidad Alas Peruanas filial Ica 2017.

Conclusiones: Existe mejor calidad pedagógica cuanto mejores niveles educativos tienen los docentes, reflejados en sus grados académicos.

Palabras clave: Docentes, aprendizaje, enseñanza. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: Determine the correlation between the educational level of the teacher and their quality in university education at Alas Peruanas University, Ica branch in 2017. **Materials and methods:** The research was carried out on 113 university teachers from the Alas Peruanas University Ica branch who hold different academic degrees, who were evaluated by 904 students to whom they teach their classes. The research is observational, transversal, prospective and analytical. **Results:** There are differences between the means of pedagogical quality scores among the educational levels held by the teachers of Alas Peruanas University, Ica 2017. **Conclusions:** There is a better pedagogical quality when the educational levels of teachers are better, reflected in their academic degrees.

Keywords: Faculty, learning, teaching. (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo las organizaciones y gobiernos para alcanzar la competitividad utilizaron una serie de estrategias y recursos y en el siglo veinte se centraron en el uso de los factores de producción que por cierto les permitió posicionarse adecuadamente a nivel internacional, actualmente se observa en las organizaciones que el aporte de las tecnologías en todos los campos es muy relevante y determinante en la competitividad. En ese sentido las organizaciones se han centrado en la investigación de nuevas tecnologías que involucran nuevas soluciones con resultados positivos en cuanto a la efectividad de los resultados que conlleva a soluciones rápidas en los procesos, pero esto depende de los investigadores que a su vez involucra su formación profesional para desarrollar y utilizar nuevos conocimientos. En ese sentido la aceleración de los cambios a nivel global y el desarrollo de las economías mundiales basadas en el avance apresurado y el valor de las tecnologías han vuelto la mirada a los sistemas de enseñanza educativos. Se observa pues que la educación es la responsable de desarrollar y transmitir el conocimiento en la ciudadanía, en consecuencia, se convierten en el soporte del desarrollo de la tecnología que a su vez mantendría o propiciaría el mejoramiento económico de los ciudadanos en una perspectiva futura. Al respecto Álvarez (2011), indica que "Se aprende, ya no en soledad, sino interactuando, colaborando, expresándose, relacionándose" (1). La forma como se desarrolla la educación en la actualidad no concuerda con un sistema de educación favorable, beneficiosa y capaz de ayudar a superar los desafíos propios de la educación universitaria.

El desarrollo raudo del conocimiento supone la exigencia de docentes altamente capacitados para colaborar con el éxito de los objetivos propuestos en la educación. Al respecto Viñals y Cuenca (2016). Indican que "La manera de aprender ha cambiado y, por ende, la forma de enseñar" (2). El momento es de particular atención en la formación, capacitación y continua evaluación del desempeño de los profesionales. Por otra parte, se advierte que el rendimiento académico de los universitarios no solo obedece al talento y capacidades que ellos posean, sino que se observa la intervención del docente en la formación y evaluación de los alumnos, lo cual deriva finalmente en la evaluación de los logros universitarios en el aspecto académico. La participación de los profesores universitarios es determinante en los procesos de cambio de la educación universitaria, considerándose como el componente activo más relevante en dicho proceso. La Universidad Alas Peruanas filial Ica exige que sus docentes tengan una formación pedagógica avanzada al tener dentro de sus requisitos que el docente tenga grados académicos elevados con lo que se busca mejorar la calidad educativa en esta institución.

Es evidente que siempre surge algo nuevo y el cambio en el siglo veintiuno se observa en todos los aspectos de las organizaciones y también en la educación universitaria donde el docente en su afán de brindar una enseñanza efectiva utiliza los mejores recursos para cumplir con el objetivo del proceso enseñanza aprendizaje claro está que involucra una capacitación constante de los docentes para brindar un mejor servicio educativo a los alumnos. Por otro lado, las políticas educativas también deben fomentar la capacitación constante de los docentes con la finalidad de obtener una enseñanza efectiva y competitiva.

Por lo que en esta investigación determinaremos la relación entre la formación docente universitaria y la calidad de la enseñanza que facilitará mejorar la educación en esta institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Observacional debido a que se analizó las variables según como se manifiestan, transversal por que la variable se midió en una sola oportunidad, analítica por que se correlacionaron ambas variables.

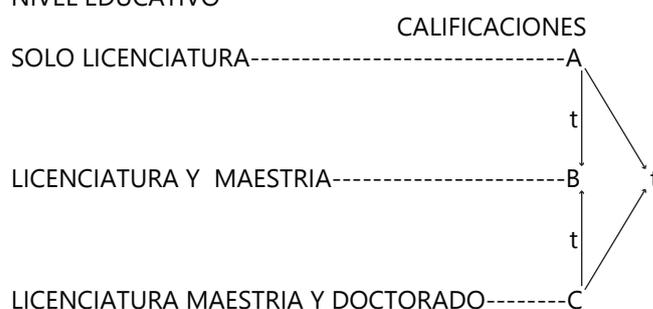
Nivel y Diseño de estudio

Nivel relacional cuyo objetivo es comparar medias.

Diseño

Representado como:

NIVEL EDUCATIVO



Donde:

A = Media de calificaciones

B = Media de calificaciones

C = Media de calificaciones

t = Student

Población

POBLACIÓN

La población está conformada por los docentes de la Universidad Alas Peruanas filial Ica.

ESCUELAS PROFESIONALES	N° DE DOCENTES
Psicología	21
Enfermería	48
Estomatología	22
Obstetricia	26
Administración y Negocios Internacionales	48
Ciencias contables y financieras	37
Derecho	57
Ingeniería Industrial	17
Arquitectura	22
Turismo Hoteleria y Gastronomía	10
Ing. Agronegocios	8
Ing. Civil	13
Ing. De Sistemas e Informática	11
Tecnología Médica	8
Ing. Ambiental	11
Total	359

Fuente: UAP

Muestra

El tamaño de la muestra es para encontrar correlaciones, teniendo la intención de obtener una correlación de 0.3, con 95% de confianza y 90% de potencia. La que corresponde a 113 docentes

MUESTREO

Probabilístico al azar simple hasta 113 docentes

Unidad de análisis

Docente Universitario de la Universidad Alas Peruanas filial Ica
Alumnos de la Universidad Alas Peruanas filial Ica

Hipótesis

HIPÓTESIS

H1: Existe diferencias en las medias de las calificaciones de calidad pedagógica entre los niveles educativos que ostentan los docentes de la Universidad Alas Peruanas filial Ica 2017

Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Licenciatura
- Maestría
- Doctorado

VARIABLE DEPENDIENTE

- Calidad pedagógica

Tabla 1: Medias de las calificaciones de los docentes según nivel educativo.

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	Límite superior
LICENCIATURA	42	13,21	1,298	,200	12,81	13,62
MAESTRIA	52	15,04	1,137	,158	14,72	15,35
DOCTORADO	19	16,58	1,017	,233	16,09	17,07
Total	113	14,62	1,687	,159	14,31	14,93

Fuente: UAP

Tabla 2: ANOVA de las medias de las calificaciones de los docentes según nivel educativo.

ANOVA					
CALIFICACIONES					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	165,011	2	82,506	59,076	0,000
Dentro de grupos	153,626	110	1,397		
Total	318,637	112			

Fuente: UAP

Tabla 3: Prueba de TUKEY de las medias de las calificaciones de los docentes según nivel educativo.

CALIFICACIONES				
HSD Tukeya,b				
	N	Subconjunto para alfa = 0.05		
NIVELEUCATIVO		1	2	3
LICENCIATURA	42	13,21		
MAESTRIA	52		15,04	
DOCTORADO	19			16,58
Sig.		1,000	1,000	1,000

Fuente: UAP

PRUEBA DE HIPÓTESIS

1.-Formulación de las hipótesis

Ha: Existe diferencias en las medias de las calificaciones de calidad pedagógica entre los niveles educativos que ostentan los docentes de la Universidad Alas Peruanas filial Ica 2017

Ho: No existe diferencias en las medias de las calificaciones de calidad pedagógica entre los niveles educativos que ostentan los docentes de la Universidad Alas Peruanas filial Ica 2017

2.- Nivel de significación: 95%

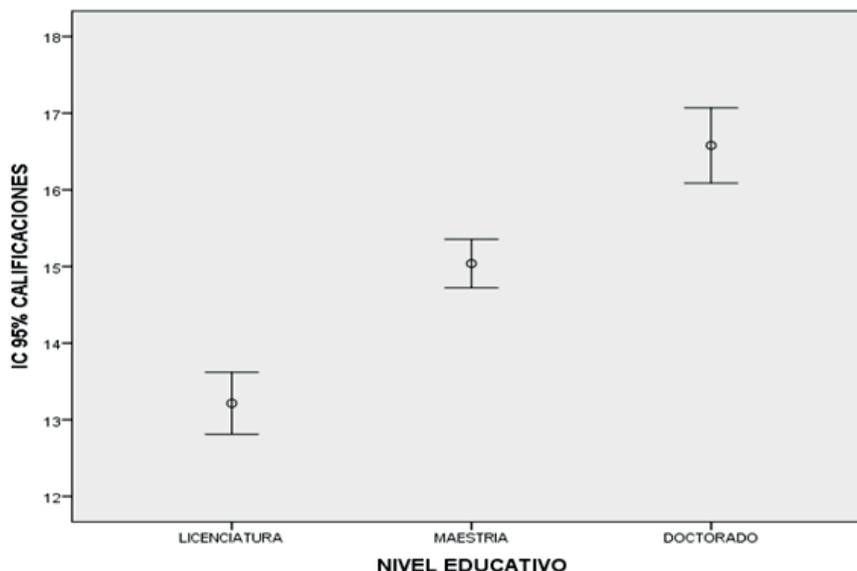
3.-Estadística de prueba. – ANOVA

4.-Valor de F Calculado= 59,076 Valor de p= 0.000

5.- Interpretación: Existe diferencias en las medias de las calificaciones de calidad pedagógica entre los niveles educativos que ostentan los docentes de la Universidad Alas Peruanas filial Ica 2017

6.-Conclusión. – Con 0.00% de error existe correlación entre el nivel educativo que ostentan los docentes con la calidad pedagógica siendo de mejor calidad cuantos más grados superiores ostentan.

Grafico 1:



Comentario:

El gráfico muestra que a mejor nivel educativo que ostenta el docente, su calidad pedagógica calificada por los alumnos es mayor.

DISCUSIÓN

Se realizó una investigación cuyo ámbito de estudio fue la Universidad Alas Peruanas filial Ica en el 2017 para determinar la relación entre el nivel educativo que ostentan los docentes y la calidad de enseñanza percibida por los alumnos, para lo cual se categorizó a nivel educativo de los docentes en solo licenciados o titulados, maestrías y doctorados.

Se correlacionó el nivel educativo con sus tres categorías, licenciados o titulados, maestrías y doctorados, con la calidad pedagógica que es una variable numérica según calificaciones en base a 20 por parte de los alumnos encontrándose que, a mejor nivel educativo que ostenta el docente, su calidad pedagógica calificada por los alumnos es mayor por lo que es importante mejorar el nivel educativo de los docentes pues ello repercute en una mejor calidad pedagógica, dando mejor legitimidad a las instituciones donde laboran estos docentes. En ese sentido se observa pues que los docentes son los responsables de infundir, motivar, enseñar e influir en la investigación y el aprendizaje de los alumnos. De ahí la necesidad de profesionales que desempeñen su labor de maestro con ética, calidad y un alto nivel de profesionalismo, pero para que eso suceda se necesitan competencias y habilidades que se desarrollan a través de una buena formación y capacitación. También, se debe aplicar el benchmarking a otros procesos de formación que pueden convertirse en modelos facilitando el camino para aprovechar los procesos más competitivos en la enseñanza del siglo veintiuno. Por otra parte, para saber si estamos haciendo bien las cosas debemos de tener una herramienta objetiva que nos permita medir la formación profesional de los alumnos

universitarios, asimismo dicho instrumento debe ayudar a una evaluación constante con la finalidad de elevar la calidad universitaria. Monrroy, M. (2012), en el que se indica que "En lo que respecta a la relación se encontró una correlación positiva entre el rendimiento académico y sus componentes de desempeño docente" (3). También en el mismo sentido concluye la tesis de Espinoza, Vilca y Pariona (2014), en el cual indica que "La prueba de hipótesis comprobó que el desempeño docente se relaciona directa y significativamente con el rendimiento académico" (4) de igual forma Palomino, (2012), indica en el resultado que "es decir, mientras más óptimo es el desempeño del docente mayor es el aprendizaje de los estudiantes"(5). Sabido es pues que para realizar un buen desempeño en cualquier ocupación es necesario estar bien preparado en el caso de los docentes universitarios implica la formación profesional y pedagógica que son herramientas necesarias para llegar a los alumnos es por ello que se requiere un alto nivel formativo de nuestros docentes para alcanzar la mayor efectividad en nuestros alumnos universitarios. De la misma manera Uribe, (2015), señala que "Se determinó la relación entre la calidad del desempeño docente y el rendimiento académico en las estudiantes" (6).

CONCLUSIONES

Existe diferencias en las medias de las calificaciones de calidad pedagógica entre los niveles educativos que ostentan los docentes de la Universidad Alas Peruanas filial Ica 2017 con correlación entre el nivel educativo que ostentan los docentes con la calidad pedagógica siendo de mejor calidad cuantos más grados superiores ostentan. El incremento en la calidad involucra necesariamente docentes de un mayor nivel educativo. Se recomienda aumentar el número de muestra para mejorar la potencia del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, M. Perfil del docente en el enfoque basado en competencias. 2011. Revista Electrónica Educare. 2011; (1):99-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194118804008>
2. Viñals, A. y Cuenca, J. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. (2016); (86):103-114. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/274/27447325008.pdf>
3. Monrroy, M. Desempeño docente y rendimiento académico en matemática de los alumnos de una institución educativa de Ventanilla – 2012. Callao. (Tesis de maestría). Escuela de Postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola. Lima – Perú.
4. Espinoza, J., Vilca, C. y Pariona, J. El desempeño docente y el rendimiento académico en el curso de aritmética: conjuntos, lógica proposicional del cuarto grado de secundaria de la Institución Educativa Pamer de Zárate – San Juan de Lurigancho – Lima – 2014. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle. Lima.
5. Palomino, F. El desempeño docente y el aprendizaje de los estudiantes de la Unidad Académica de Estudios Generales de la Universidad de San Martín de Porres. 2012. (Tesis de maestría). Escuela de Post-Grado de la Universidad Mayor de San Marcos.
6. Uribe, M. Relación entre la calidad del desempeño docente y el rendimiento académico en los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada Antenor Orrego – Trujillo, 2014. (Tesis de doctorado). Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo.

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

R E V I S T A M É D I C A
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ



Pseudoaneurisma de la arteria uterina post cesárea.

Pseudoaneurysm of the uterine artery after cesarean.

Ybaseta-Soto George^{1,a}, Palacios-Flores Gustavo^{2,b}, Pachas-Serpa Estefany^{2,b}, Napa-Ruiz Pierina^{3,b}

1. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.
 2. Hospital Regional de Ica.
 3. Hospital San José de Chincha.
- a. Estudiante de Medicina Humana.
b. Médico Interno.

RESUMEN

El pseudoaneurisma de la arteria uterina es poco habitual pero una grave complicación de la cesárea, puede manifestarse con hemorragia de importancia clínica durante el postoperatorio tardío. La ecografía doppler fue un procedimiento importante para su sospecha diagnóstica del pseudoaneurisma la misma que puede tratarse por medio de la embolización arteriográfica de la arteria uterina. Comunicamos el caso de una paciente con 17 días de hemorragia post cesárea sometida a legrado uterino y 21 días después del legrado se le realiza histerectomía con el diagnóstico de pseudoaneurisma de arteria uterina.

Palabras clave: Falso aneurisma, arteria uterina, hemorragia uterina, ultrasonografía doppler. Perú (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The pseudoaneurysm of the uterine artery is uncommon but a serious complication of caesarean section may manifest with hemorrhage clinical importance during the late postoperative period. Doppler ultrasound was an important procedure for its diagnostic suspicion of the pseudoaneurysm, which can be treated by arteriographic embolization of the uterine artery. We report the case of a patient with 17 days of post-cesarean haemorrhage submitted to uterine curettage and 21 days after curettage a hysterectomy was performed with the diagnosis of pseudoaneurysm of the uterine artery.

Keywords: Aneurysm false, uterine artery, uterine hemorrhage, Ultrasonography doppler. Peru (Source: MeSH NLM)

Correspondencia:

Ybaseta-Soto George Gino Dirección: Urb. Villa del Médico B-7, Ica, Perú. Número de celular: 999 613 922 Correo Electrónico: georgeginoybaseta@outlook.com

Contribuciones de autoría:

YSG, PFG, PSE, NRP participaron en la recolección de datos, diseño, búsqueda de bibliografía, interpretación, redacción y aprobación de la versión final.

Como citar:

George Ybaseta-Soto, Gustavo Alonso Palacios-Flores, Estefany Pachas-Serpa, Pierina Claudia Napa Ruiz. Caso clínico de un Pseudoaneurisma de la arteria uterina post cesárea. Rev méd panacea. 2018;7(1):34-37

INTRODUCCIÓN

El pseudoaneurisma de la arteria uterina es una rara pero calificada como una grave complicación después de la cesárea y puede manifestarse como hemorragia importancia clínica durante el postoperatorio.

El pseudoaneurisma es poco frecuente y se asocia a complicaciones de cirugías, parto vaginal, neoplasias, traumatismos e infecciones. El pseudoaneurisma de arteria uterina es una de las causas de hemorragia en el puerperio poco conocida, está asociada a procedimientos ginecoobstétricos que ocasionan lesión del vaso uterino y que causan hemorragias intermitentes graves y suelen ser tardías respecto al acto quirúrgico (1).

Este problema que ocurre en la arteria no está muy documentada, se desarrolla cuando la arteria uterina es lacerada o lesionada ocurre extravasación de sangre y migra a través de los tejidos, estableciendo finalmente una conexión con la cavidad uterina, causando una hemorragia retardada (2).

Ante hemorragia persistente posterior a la cesárea la ecografía doppler puede dar información de la sospecha de pseudoaneurisma, la angiografía pélvica permite el diagnóstico correcto y la terapéutica adecuada en el mismo procedimiento, mediante una técnica de bajo riesgo, con conservación de la fertilidad (3), alta tasa de efectividad en el control de la hemorragia puerperal y prevención de la morbilidad y mortalidad materna asociadas con las clásicas cirugías mayores (1).

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso no habitual que al menos no se encuentran reportes publicados de pseudoaneurisma de la arteria uterina en nuestra Región Ica, Perú.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 40 años de edad, multipara, cesárea por sufrimiento fetal agudo, acude a los 17 días de la intervención quirúrgica a una clínica de su localidad por presentar hemorragia genital excesiva, donde se le realizó legrado evacuador por tener imagen ecográfica de cavidad uterina de contenido heterogéneo. Fue dada de alta 24 horas después con escaso sangrado.

21 días después de realizarse el legrado uterino es traída al servicio de emergencias del Hospital de su localidad por presentar hemorragia genital con expulsión de coágulos, signos de shock hipovolémico, dolor abdominal en hipogastrio tipo cólico de moderada intensidad.

- Al ingreso:

Funciones vitales: P.A: 70/40 mmhg
pulso: 114x'
FR:22x'
Afebril

Datos de laboratorio: Anemia grave (Hb 7.8 g/dL, hematocrito 24 %) con pruebas de coagulación (Tiempo de coagulación 7'20", Tiempo de sangría 2'30"); leucocitos:15 800; plaquetas: 410000; urea:16; creatinina: 0.8; glucosa: 177 mg/dl).

Se procede a la administración 2 paquetes globulares (O Rh+), cristaloides, coloides y oxitocina más masaje uterino. Una vez controlado el cuadro se procede a su hospitalización.

- Se realiza ecografía al primer día de hospitalización de servicio de Ginecología

Útero: Retroversión de eco estructura homogéneo, bordes regulares que miden 85mm de longitud por 48mm anteroposterior. Cavidad endometrial de 1.2cm. Al nivel del tercio inferior de útero se observa una imagen redondeada isoeocogénico anecoico de 9mm. Anexos: características normales Figura 1 y 2.

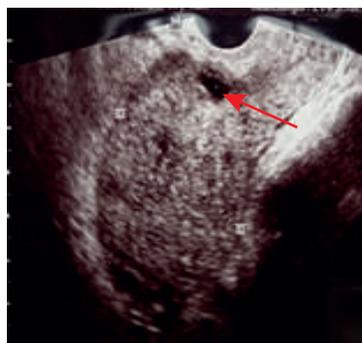


Figura 1. Pseudoaneurisma



Figura 2. Doppler pseudoaneurisma

- Tomografía Axial Computarizada de abdomen inferior sin contraste al segundo día de hospitalización:

Útero: incrementado de tamaño central parénquima heterogéneo, anexos sin alteraciones, no evidencia de lesiones solidas ni quísticas en la fosa pélvica. Vasos iliacos muestran adecuada calibre, no se evidencian adenomegalias.

No se aprecia lesiones transmurales en el tracto genito urinario, no lesiones quísticas, ni masas en cavidad pélvica, ausencia de líquido libre en cavidad peritoneal.

Vejiga: distendida de paredes delgadas, no se evidencia engrosamiento patológico focal ni difuso de sus paredes, ni alteración de grasa perivesical Figura 3.



Figura 3. TAC útero aumentado de tamaño

- Nuevamente se repite el examen ecografía doppler en el servicio de Radiología al 4to día de hospitalización:

Vejiga: con poca distensión, paredes delgadas contenido anecogénico. Útero: en anteversoflexión, de dimensiones 108x41x59mm. Parénquima homogéneo a nivel de pared anterior en herida operatoria se aprecia imagen anecogénico de 13x10mm de diámetro que al doppler presenta el signo de yin-yang, en relación a un pseudoaneurisma. Endometrio: ecogénico laminar 7mm. Anexos: Ovarios: de morfología conservada. Fondo de saco: No líquido libre Figura 4.

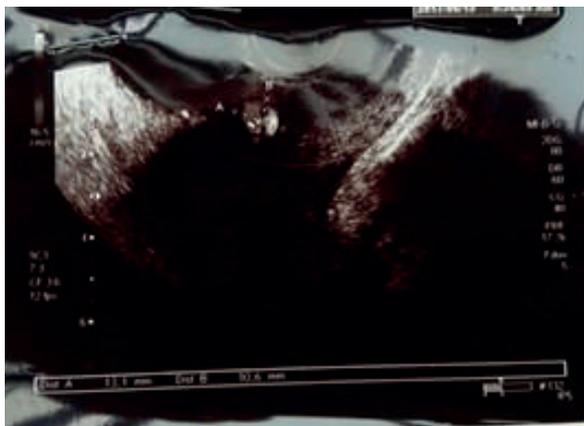


Figura 4. Signo de yin yang en el interior del saco de pseudoaneurisma

DISCUSIÓN

La hemorragia posparto constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad materna en el mundo siendo las principales causas la atonía uterina, retención de restos placentarios y entre los menos frecuentes esta lo que reportamos (1).

La historia natural del pseudoaneurisma no está debidamente documentada los autores coinciden que se

produce cuando la arteria uterina está lacerada o lesionada. Mientras se mantiene el contacto con el vaso progenitor, la sangre extravasante disecciona a través de los tejidos, estableciendo finalmente una conexión con la cavidad uterina, lo que provoca una hemorragia retrasada (1,3).

El caso que presentamos fue una hemorragia intermitente que persistió varias semanas que puso en riesgo la vida de la madre, casos parecidos han sido reportados en donde la sospecha diagnóstica es primero en las causas más frecuentes de hemorragia puerperal tardía (1,2).

La ecografía para nosotros ha sido el procedimiento de ayuda diagnóstica más importante sin embargo para otros centros de alta especialización es la arteriografía como indican diversos autores que se refieren al tratamiento del pseudoaneurisma relacionada a la arteria uterina (3,5).

La ecografía doppler es un procedimiento que en estos tiempos es accesible y no provoca daño a la paciente, el resultado de la ecografía fue informado por los médicos del servicio de ginecología y radiología del Hospital como una imagen característica de un pseudoaneurisma, describiéndola como una imagen anecoica, redondeada, bien delimitada como informan otros autores y al doppler según el informe el signo del yin-yang que orientó al diagnóstico (1,2).

La ultrasonografía con Doppler puede establecer el diagnóstico en forma rápida del pseudoaneurisma de la arteria uterina mientras que la Tomografía Axial Computarizada siendo una tecnología con que se espera tener mejor resultado no ayudó al diagnóstico.

La arteriografía es el método de elección para el diagnóstico porque permite el tratamiento concomitante mediante la embolización arterial selectiva el inconveniente es que esta técnica no está disponible en todos los Hospitales (4,5), en nuestro caso se le realizó el tratamiento de Histerectomía Abdominal debido al estado hemodinámico de la paciente, y a los deseos genésicos cumplidos.

CONCLUSIÓN

Ante una paciente post-cesárea que presenta sangrado uterino de consideración clínica importante y la ecografía sea compatible con pseudoaneurisma debe considerarse la arteriografía más embolización o el procedimiento conveniente que evite la hemorragia.

- Consentimiento del paciente: La paciente autoriza plenamente la publicación de su caso.

- Agradecimientos: Damos las gracias a los Ginecólogos del Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú, por apoyar al desarrollo de este reporte de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez B, Carazo B, Arribas-T, Guardia-Dodorico. Pseudoaneurisma de arteria uterina después de una cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:166-170
2. Brian Cooper, Hocking-Brown, Joel I Sorosky and Wendy F Hansen. Pseudoaneurysm of the Uterine Artery Requiring Bilateral Uterine Artery Embolization. *Journal of Perinatology* (2004) 24, 560-562. <https://www.nature.com/articles/7211119>
3. López V Nuria, Vegas G Gabriel, Arrieta B Sara, Iglesias S Carlos, González G Antonio. Reembolización de arterias uterinas por hemorragia posparto en una segunda gestación. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2012 [citado 2018 Abr 30]; 77(1): 40-43. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000100008>.
4. Descargues G, Douvrin F, Gravier A, Lemoine JP, Marpeau L, Clavier E. False aneurysm of the uterine pedicle: an uncommon cause of post-partum haemorrhage after caesarean section treated with selective arterial embolization. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001;97(1):26-9 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11435004>
5. Kim JW, et al. Uterine artery pseudoaneurysm manifesting as delayed postpartum hemorrhage after precipitous delivery: three case reports. *Gynecol Obstet Invest* 2014; 78:136-140 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25012906/>

Las ediciones anteriores de revista médica PANACEA
están disponibles en:

www.revpanacea.unica.edu.pe

REVISTA MÉDICA
PANACEA
UNIVERSIDAD NACIONAL SA LUIS GONZAGA ICA, PERÚ

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:

Clausura del curso taller de redacción de artículos y publicación en revistas científicas indizadas realizado del 13 al 15 de abril del 2018 en el auditorio de la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, Ica, Peru. El desarrollo de esta actividad académica fue a cargo de los profesores de la UPCH el Dr. Juan Miyahira y el Ing. Fernando Ardito y Docente de la UNMSM el Dr. Sergio Alvarado.



INDICE

1

EDITORIAL

LOS ESTÁNDARES EN INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN EN EL PROCESO DE LICENCIAMIENTO / The standards in research and publication in the licensing process
 Jorge Ybaseta Medina, Carmen Vera Cáceres. 2

ARTICULOS ORIGINALES

EFFECTO PROTECTOR DEL ACEITE DE PLUKENETIA VOLUBILIS (SACHA INCHI) EN LA DEPRESIÓN INDUCIDA DE RATONES ALBINOS / Protective effect of plukenetia volubilis (sacha inchi) oil on induced depression of albino mice
 Herencia Anaya Melissa, Mendoza Yaranga Elizabeth, Cáceres Bellido Fermín. 4

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS FRENTE AL VIH – SIDA EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ICA, 2017 / HIV-AIDS knowledge, attitudes and practices among Public University students in Ica, 2017
 Campos Rosas María, Castro Pari Wendy, Torres Romucho Ángel, Arizaca Oblitas Marcos. 9

ADHERENCIA TERAPEÚTICA Y FACTORES CONDICIONANTES EN SU CUMPLIMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR ATENDIDOS EN LA MICRORED LA PALMA, ICA 2017 / Therapeutic adherence and conditioning factors in its compliance in patients with pulmonary tuberculosis attended at the Microred la Palma, Ica 2017
 Meza Condezo Walter, Peralta Pumapillo Adderly, Quispe Gómez Freddy, Cáceres-Bellido Fermín. 22

NIVEL EDUCATIVO DEL DOCENTE Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS – 2017 / Educational level of the teacher and its influence in Quality of university teaching Alas peruanas university - 2017
 Leveau Bartra Harry, Chávez Navarro Juan R, Geng Olaechea Luz E. 28

REPORTE DE CASO

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA UTERINA POST CESÁREA. / Pseudoaneurysm of the uterine artery after cesarean.
 Ybaseta Soto George, Palacios Flores Gustavo, Pachas Serpa Estefany, Napa Ruíz Pierina. 34

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión
 Prolongación Ayabaca s/n. Ica, Perú
 Teléfono: 056 - 225262
 Correo electrónico: jybaseta@revpanacea.unica.edu.pe
 Pagina web: www.revpanacea.unica.edu.pe