



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

VOLUMEN 11 NÚMERO 3

PUBLICACION CUATRIMESTRAL

SETIEMBRE - DICIEMBRE

2022



La Bruja de Cachiche - Ica -Perú

INDEXADA EN:



REVISTAS.UNICA.EDU.PE

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.

R E V I S T A M É D I C A

PANACEA

Vol. 11- N° 3 - Setiembre 2022 - Publicación cuatrimestral ISSN 2 223-2893

DIRECTOR

Jorge Ybaseta Medina
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
LUIS GONZAGA

EDITOR GENERAL

Manuel Injante Injante
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN
LUIS GONZAGA

COMITÉ EDITORIAL

Juan Miyahira Arakaki
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Pedro Bustios Rivera
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN
DE PORRES

Raul Ishiyama Cervantes
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Hugo Arroyo Hernández
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

Gabriela Soto Cabezas
DIRECCIÓN GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA

Juan Echevarria Zarate
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

J. Jhonnell Alarco
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

Juan Soria Quijaite
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ICA

Gualberto Segovia Meza
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

COMITÉ CONSULTIVO

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

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

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

EDITOR ASISTENTE

Joaldo Torres Abanto. UNSLG

SOPORTE TÉCNICO

Ebed Guerra Borda. UNSLG



**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

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	81
EDITORIAL	
Turnitin no determina plagio. Ybaseta Medina Jorge	82
ARTICULOS ORIGINALES	
Autopercepción del estado de salud y capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería. / Self-perception of health status and self-care capacity in university nursing students. Fuentes Heredia Adrian Eduardo, Pastor Ramirez Norma.	84
Uso de lactancia materna y relación con el estado nutricional en infantes menores de seis meses. Hospital general de Perú. / use of breastfeeding and relationship with the nutritional status in infants under simonths. General hospital of Perú. Flores Chuquitay María Fernanda.	90
Proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público Ica, Perú 2021. / High-level disinfection process for gastroscopes in a public hospital Ica, Peru 2021. Bendezú Sarcines Carmen Emilia, Saúñe Oscoco Wilson, Aquije Paredes Carmen del Rosario, Oscoco Torres Olinda.	99
Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en un I Hospital Público de Perú. Ormeño Soto Karen, Ybaseta Soto Marjorie.	105
CARTA AL EDITOR	
Principales manifestaciones renales en el paciente con síndrome post-COVID-19: Aspectos clínicos. / Main renal manifestatons in patients with post-COVID-19 syndrome: clinical aspects. Serna Trejos Juan Santiago, Bermudez Moyano Stefanya Geraldine, Diaz Giraldo Valentina.	116
INSTRUCCIONES PARA AUTORES	



Turnitin no determina plagio.

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

1. Hospital Santa María del Socorro de Ica, Ica, Perú.
2. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Ica, Perú.
 - a. Médico Ginecólogo Obstetra
 - b. Docente; Doctor en Medicina Humana

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.50>

La integridad científica es la principal preocupación de la comunidad investigadora mundial (1). Ante la posibilidad de prácticas o actitudes antiéticas en el proceso de la elaboración de la tesis, las universidades están en la necesidad de usar un software que se encargue de comparar las similitudes del texto presentado con obras que se encuentren publicadas en otros portales que están registrados en su servidor, si encuentra similitudes las muestra indicando también la fuente original (2).

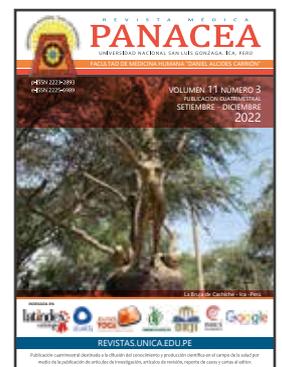
El software Turnitin proporciona un "índice de similitud", lo cual no significa plagio, ya que el plagio se comete cuando no se cita la fuente original de donde se copió o interpretó un contenido de la obra evaluada, y el turnitin no indica si existe o no dentro del texto un llamado o cita hacia una referencia bibliográfica que está dentro del texto de la obra o en la sección referencias bibliográficas, esta herramienta podría tener una contribución mayor si el informe resultante de la evaluación con el Turnitin es usado tanto por docentes como por alumnos para revisar, corregir y/o agregar las fuentes de información consultadas durante el desarrollo de una investigación científica y la preparación del manuscrito final, lo que ayudaría a garantizar calidad académica y científica de las obras publicadas ya sea como informes de investigación, tesis o artículos científicos (1,2).

Evitar el plagio en la redacción científica es más difícil de lo que parece (3), ya que es un proceso principalmente realizado de manera visual por la persona que lo lee y busca la fuente original de alguna información que forma parte del contenido de la obra que está leyendo, por eso es importante: Lograr una educación en integridad académica (3), manejar herramientas para evaluación de similitudes como los es el Turnitin, poseer habilidades para la investigación científicas y aplicar adecuadamente las reglas para la citación de fuentes consultadas (1,4).

Un experimentado investigador que escribe y publica periódicamente investigaciones en revistas científicas, debido a su constante actualización en temas de su especialidad publicado en revistas, tesis u otros, puede tener la capacidad de reconocer una información ya publicada en otro medio y sospechar o detectar si hubo o no plagio ante un texto que al final de un párrafo no cite alguna fuente. El plagio o no citación de fuentes consultadas, podría ser determinado por dos o más evaluadores ad hoc de su propia comunidad académica, mientras que la evaluación de la similitud de los documentos académicos se realiza con el auxilio de programas informáticos entre ellos el Turnitin, que produce un informe que puede ser analizado por una persona con experiencia en función a los hallazgos y de esta manera tomar una decisión de rechazo o de indicación al autor para que corrija y/o agregue las fuentes de información consultadas (1,5).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meo S, Talha M. Turnitin: Is it a text matching or plagiarism detection tool? Saudi J Anaesth. 2019;13(5):S48–51.
2. Rivero O. Creación de un prototipo de sistema de detección de plagio con NLTK. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2020.
3. Flores-Morales JA, Neyra-Huamani L. Valores e integridad académica en los procesos de investigación científica. Fides Et Ratio. 2022;24(24):129–43.
4. Li D, Cornelis G. Defining and Handling Research Misconduct: A Comparison Between Chinese and European Institutional Policies. J Empir Res Hum Res Ethics. 2020;15(4):302–19.
5. Fisher ER, Partin KM. The Challenges for Scientists in Avoiding Plagiarism. Account Res. 2014;21(6):353–65.



Cómo citar

Jorge Ybaseta Medina. Turnitin no determina plagio. Rev méd panacea 2022;11(3): 82-83.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.50>



Autopercepción del estado de salud y capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería.

Self-perception of health status and self-care capacity in university nursing students.

Fuentes-Heredia Adrian Eduardo^{1,a}, Pastor-Ramírez Norma^{1,b,c}.

1. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.
- a. Bachiller en Enfermería.
- b. Doctorado en Gestión Ambiental.
- c. Docente Asociado de la Dirección del Departamento académico de Salud del Niño, Mujer, Adulto y Anciano. FE-UNSLG.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.502>

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la autopercepción del estado de salud y la capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería. **Material y métodos:** De enfoque cuantitativo, transversal, descriptiva y diseño no experimental-correlacional, con muestra de 356 estudiantes, aplicándose la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado con datos personales, test SF-36 de salud percibida, y escala de capacidad de autocuidado EECAC. **Resultados:** El estado de salud auto percibido es de nivel regular 82.3%, seguido de nivel bueno 17.1%, y nivel malo 0.6%; por dimensiones se halló un nivel bueno en la función física 87.6%, rol físico 47.2%, rol emocional 42.4% y dolor corporal 75%, el nivel medio de salud predominó en la vitalidad 90.7%, salud mental 89.6%, función social 86% y salud general 89.9%. La capacidad de autocuidado fue de nivel medio 59.6%, y nivel alto en 40.4%; por dimensiones la promoción de la salud y la interacción social fueron de nivel medio (61% y 60.7%). Según prueba de Rho de Spearman, la relación entre la autopercepción del estado de salud y la capacidad de autocuidado es significativa ($p=0.010$), existiendo también relación del estado de salud con la promoción de la salud ($p=0.001$) e interacción social ($p=0.006$). **Conclusiones:** Existe relación entre la autopercepción del estado de salud y la capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería.

Palabras claves: (D012649) Autopercepción, (D012648) Autocuidado, (D013338) Estudiantes de Enfermería, (D006262) Salud (fuente DeCS)

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between self-perception of health status and self-care capacity in university nursing students. **Material and methods:** Quantitative, cross-sectional, descriptive and non-experimental-correlational design, with a sample of 356 students, applying the survey technique and a structured questionnaire with personal data, SF-36 test of perceived health, and EECAC self-care capacity scale as an instrument. **Results:** Self-perceived health status was 82.3% fair, followed by good 17.1% and poor 0.6%; by dimensions, a good level was found in physical function 87.6%, physical role 47.2%, emotional role 42.4% and bodily pain 75%; the average level of health predominated in vitality 90.7%, mental health 89.6%, social function 86% and general health 89.9%. Self-care capacity was of medium level 59.6%, and high level in 40.4%; by dimensions health promotion and social interaction were of medium level (61% and 60.7%). According to Spearman's Rho test, the relationship between self-perception of health status and self-care capacity is significant ($p=0.010$), there being also relationship of health status with health promotion ($p=0.001$) and social interaction ($p=0.006$). **Conclusions:** There is a relationship between self-perception of health status and self-care capacity in university nursing students.

Key words: (D012649) Self-perception, (D012648) Self-care, (D013338) Nursing students, (D006262) Health (DeCS source).

Correspondencia:

Nombre: Fuentes Heredia Adrian Eduardo
Dirección: Los Florales C-14, Acomayo, Parcona - Ica, Perú
Teléfono: (+51) 917 817 664
Correo electrónico:
fuentesadrian433@gmail.com

Artículo original derivado de una investigación formativa y proyección social. Facultad de Odontología. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Agosto del 2022.

Contribuciones de autoría:

AEFH participó en la concepción del artículo; en el diseño del artículo; análisis e interpretación de resultados y la redacción del artículo; AEFH y NPR participaron en la revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

Financiado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" como investigación ganadora de concurso.

Cómo citar:

Fuentes-Heredia Adrian Eduardo,
Pastor-Ramírez Norma. Autopercepción del estado de salud y capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería. Rev méd panacea 2022;11(3):84-89. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.502>

Recibido:	24	-	09	-	2022
Aceptado:	08	-	11	-	2022
Publicado:	12	-	12	-	2022

INTRODUCCIÓN

La salud se interpreta como el completo estado de bienestar en el que el individuo presenta un equilibrio en sus dimensiones físicas, sociales y mentales (1). El desequilibrio en alguna de estas dimensiones podría estar determinado por algún fallo en la percepción de la propia salud de la persona.

El término autopercepción de la salud fue introducido en el año 2021 y posteriormente se le denominó con las siglas APES, es una integración de diversos aspectos dentro de la persona y a esta asociación de dimensiones se le atribuye una posible capacidad de predecir una serie de resultados y consecuencias para la salud de la persona, como por ejemplo potenciales eventos de discapacidad o incluso de mortalidad (2).

El autocuidado de la salud también demuestra cierta relación con la autopercepción de la salud puesto que las actividades que se realizan para preservar la salud en ciertas ocasiones dependen de cómo se percibe el estado de la misma. Por autocuidado entendemos a la capacidad que tienen los individuos, familias o comunidades para realizar la promoción de la salud y prevención de las enfermedades sin la supervisión médica, pero con el conocimiento determinado (3). Orem define este término como el conjunto de actividades desarrolladas de manera intencional para el mantenimiento y el control tanto de los factores externos como internos, los cuales pueden determinar a futuro el desarrollo de la propia vida (4).

Por ello, el objetivo general del estudio fue determinar la relación entre la autopercepción del estado de salud y la capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería. Con la finalidad de conocer el nivel y la capacidad que poseen los estudiantes de enfermería para cuidar su propia salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación de tipo cuantitativa, transversal y descriptiva, de nivel relacional con un diseño no experimental y correlacional. Con una población constituida por los estudiantes universitarios de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica. La muestra estuvo conformada por 356 estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión de: estar presentes el día de la realización del estudio y aceptar participar en el mismo. Se recolectaron los datos por medio de dos instrumentos: el cuestionario SF-36 de Alonso Prieto y Antó (1999) para la autopercepción de la salud y la Escala para la Estimación de las Capacidades de Autocuidado (EECAC) de Evers et al. (1989) para la variable de capacidades de autocuidado. En el procesamiento de datos se ordenó y sistematizó los datos obtenidos de las encuestas en el programa informático Microsoft Excel versión 2019. Posteriormente los datos ordenados fueron introducidos en el programa estadístico SPSS en su versión 25, del cual se obtuvieron las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables de estudio (análisis descriptivo), plasmados en tablas y gráficos. Para comprobar las hipótesis de investigación, se empleó la prueba estadística de Rho de Spearman (r), el cual permite conocer el grado de asociación, considerando un nivel de confianza del 95% y significancia estadística $p < 0.05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Universitario de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica.

RESULTADOS

Participaron 356 estudiantes de los cuales se observa según la Tabla 1 que los estudiantes universitarios de enfermería tienen en su mayoría edades entre los 22 a 24 años (45.2%), son de sexo femenino (86.5%), pertenecientes al VII ciclo de estudios (30.3%), son de estado civil soltero (94.7%), tienen una procedencia urbana (71.3%), y no trabajan (81.5%).

Tabla 1. Datos generales de los estudiantes universitarios de enfermería.

Datos generales	n=356	100%
Edad		
16 – 18 años	39	11.0%
19 – 21 años	125	35.1%
22 – 24 años	161	45.2%
25 – 27 años	21	5.9%
28 a más años	10	2.8%
Sexo		
Masculino	48	13.5%
Femenino	308	86.5%
Ciclo de Estudio		
I	55	15.5%
V	41	11.5%
VII	108	30.3%
IX	77	21.6%
X	75	21.1%
Estado Civil		
Soltera(o)	337	94.7%
Casada(o)	4	1.1%
Conviviente	15	4.2%
Lugar de Procedencia		
Urbano	254	71.3%
Rural	102	28.7%
Condición Laboral		
Trabaja	66	18.5%
No Trabaja	290	81.5%

En cuanto a la autopercepción de salud obtenida por el cuestionario SF-36, se observa según la Tabla 2 que el 82.3% de los estudiantes universitarios de enfermería percibió que su salud es de nivel regular, 17.1% nivel bueno, y sólo el 0.6% lo percibió de nivel malo.

Tabla 2. Autopercepción del estado de salud en estudiantes universitarios de enfermería.

	N°	%
Autopercepción del estado de salud		
Nivel Bueno	61	17.1%
Nivel Regular	293	82.3%
Nivel Malo	2	0.6%
Total	356	100.0%

En cuanto a la capacidad de autocuidado, se observa según la Tabla 3 que el 59.6% de los estudiantes universitarios de enfermería tiene nivel medio de capacidad de autocuidado, y 40.4% nivel alto.

Tabla 3. Capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería.

	N°	%
Capacidad de autocuidado		
Nivel Alto	144	40.4%
Nivel Medio	212	59.6%
Nivel Bajo	0	0.0%
Total	356	100.0%

En la correlación de las variables, se observa según la Tabla 4 un mayor predominio de nivel regular de salud, en estudiantes con nivel medio de capacidad de autocuidado (51.7%), y en estudiantes que percibieron que su salud es buena, predomina el nivel alto de capacidad de autocuidado (9.6%) proporciones que muestran una estrecha relación entre ambas variables de estudio.

Tabla 4. Relación entre la autopercepción del estado de salud y la capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería.

Capacidad de autocuidado	Autopercepción del estado de salud						Total	
	Nivel Bueno		Nivel Regular		Nivel Malo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel Alto	34	9.6%	109	30.6%	1	0.3%	144	40.4%
Nivel Medio	27	7.6%	184	51.7%	1	0.3%	212	59.6%
Nivel Bajo	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	61	17.1%	293	82.3%	2	0.6%	356	100.0%

Según los datos obtenidos de la correlación de las variables, en la Tabla 5 se observa mayor proporción de nivel regular de salud, en estudiantes con nivel medio de promoción de la salud (53.7%) y existe mayor proporción de buena salud en estudiantes con alto nivel de promoción de la salud (10.1%), proporciones que muestran una estrecha relación entre ambas variables de estudio.

Tabla 5. Relación entre la autopercepción del estado de salud y la promoción de la salud, en estudiantes universitarios de enfermería.

Promoción de la salud	Autopercepción del estado de salud						Total	
	Nivel Bueno		Nivel Regular		Nivel Malo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel Alto	36	10.1%	102	28.7%	1	0.3%	139	39.0%
Nivel Medio	25	7.0%	191	53.7%	1	0.3%	217	61.0%
Nivel Bajo	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	61	17.1%	293	82.3%	2	0.6%	356	100.0%

Asimismo, se observa según la Tabla 6 una mayor proporción de regular salud auto percibida, en estudiantes con nivel medio de interacción social (52.2%), y mayor proporción de nivel bueno de salud, en estudiantes con nivel alto de interacción social (8.7%), proporción que muestra una estrecha relación entre ambas variables de estudio.

Tabla 6. Relación entre la autopercepción del estado de salud y la interacción social, en estudiantes universitarios de enfermería.

Interacción social	Autopercepción del estado de salud						Total	
	Nivel Bueno		Nivel Regular		Nivel Malo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Nivel Alto	31	8.7%	92	25.8%	1	0.3%	124	34.8%
Nivel Medio	29	8.1%	186	52.2%	1	0.3%	216	60.7%
Nivel Bajo	1	0.3%	15	4.2%	0	0.0%	16	4.5%
Total	61	17.1%	293	82.3%	2	0.6%	356	100.0%

DISCUSIÓN

Al analizar la autopercepción del estado de salud en los estudiantes universitarios de enfermería, se observó que la mayoría presenta un nivel regular con 82.3%, en menor proporción se halló nivel bueno con 17.1% y sólo el 0.6% (2 estudiantes) afirmaron que su salud es de nivel malo, situación que da a conocer que la mayoría de estudiantes considera que no tienen del todo una óptima salud en forma general, teniendo ciertos problemas de salud que les producen un cierto nivel de insatisfacción con sus capacidades físicas o mentales, lo que puede causar que no se desarrollen adecuadamente en la esfera bio-psico-social. Este resultado se asemeja a lo encontrado por Riveros M. (5) quien reporta que en estudiantes de enfermería predomina un nivel regular de salud percibida (62.4%), y que sólo el 19.8% consideró que su salud era de nivel bueno, coincidiendo también con la investigación de Medina F. et al (6), quienes afirman que en mayor proporción los estudiantes universitarios calificaron a su salud según la calidad de vida como de nivel regular (44.7%), seguido de nivel bueno con 36.7%. Sin embargo, otros autores difieren con este resultado, tal es así que Cassaretto M. (7), afirma que en estudiantes de ciencias de la salud en el Perú el nivel de salud es bueno o saludable con 43.6%, lo que también se contrapone a lo encontrado por Mendoza D. (8), quien reportó que el 42% de estudiantes de la carrera de salud presentaban en su mayoría nivel bueno de salud.

Con respecto a las dimensiones de la autopercepción de salud, en el presente estudio se encontró que las dimensiones función física, rol físico, rol emocional y dolor corporal eran de nivel bueno (87.6%, 47.2%, 42.4% y 75% respectivamente), sin embargo, en las dimensiones de vitalidad, salud mental, función social y salud general predominó el nivel regular de salud (90.7%, 89.6%, 86% y 89.9%). Este resultado coincide parcialmente con lo hallado por Casaretto M. (7), quien manifiesta que, en las dimensiones de función física, rol físico, salud emocional y rol emocional, se mostraron de nivel bueno en los estudiantes universitarios (91.85%, 74.86%, 63.69% y 61.64% respectivamente), hallando un nivel regular en las dimensiones salud mental, función social y vitalidad (56.19%, 67.34% y 75.5% respectivamente), afirmando también que los estudiantes percibieron que el dolor corporal era de nivel bueno, es decir que no presentaban dolor (76.57%). Sin embargo, Riveros M. (5) difiere parcialmente con este resultado, ya que reportó que la salud física era de nivel malo o bajo, pero la salud mental era de nivel regular y la función social de nivel bueno en estudiantes universitarios (87.6%, 61.4% y 69.2% respectivamente).

De los resultados de la autopercepción del estado de salud, se puede observar que si bien es cierto que la mayoría afirmó que su salud era de nivel regular, en las dimensiones físicas y emocional se presentó un nivel bueno, observándose que los problemas de salud se encuentran con mayor predominio en la salud mental, en la vitalidad que perciben, y en su función social al encontrarse en mayor proporción un nivel regular, lo que llama la atención, ya que en la actualidad la salud mental es un componente vital para mantener una plena salud, la cual si se ve deteriorada puede originar síntomas físicos o psicológicos que condicionen a una baja calidad de vida relacionado con la salud. También se puede destacar que un 25% percibió nivel regular-malo de dolor corporal, quienes estarían presentando problemas de salud que les produce esta molestia física.

En cuanto a la capacidad de autocuidado en los estudiantes universitarios de enfermería, en el presente estudio se halló que la mayoría presentaba un nivel medio, y el 40.4% tuvo un nivel alto de autocuidado. Este resultado muestra que la mayoría de los universitarios encuestados no está realizando en forma óptima actividades preventivas de salud tales como realizar actividad física, consumir adecuadamente alimentos, buena interacción con las personas para mejorar su autocuidado, entre otros, lo que podría estar originando los casos de nivel regular de salud en este grupo de la población. Este resultado se asemeja al estudio de Macías A. et al (9), quien evidenció que en estudiantes de enfermería el 60% tuvo un nivel medio de autocuidado de la salud, coincidiendo también con la investigación de Riveros M. (5), quien reportó que el 62.4% de estudiantes de enfermería en Huancavelica presentaban un nivel medio de autocuidado. Sin embargo, otros estudios difieren con este resultado, tal es así que Ruiz, Echevarría y Huanca (10), afirman que el autocuidado es de nivel saludable o bueno en el 78.6% de estudiantes universitarios del área de la salud, y Villegas F. et al (11) también se contrapone a lo hallado en el presente estudio, al reportar que el 95.9% de estudiantes de enfermería presentaba un alto o buen nivel de autocuidado.

Según las dimensiones del autocuidado, se puede observar en el presente estudio que la mayoría de estudiantes tuvo nivel medio de capacidad de promoción de la salud con 61% (concerniente a la actividad física, alimentación, prácticas saludables, entre otros), lo que también se repite en la interacción social (relaciones con otras personas para mejorar la salud), ya que el 60.7% presentó un nivel medio. Estos resultados se asemejan al estudio de Rodríguez M. et al. (12), quienes encontraron que en cuanto a la promoción-funcionamiento de la salud, el 39.3% presentaba un nivel medio de autocuidado, y el 74.8% de los estudiantes universitarios presentó un nivel medio de interacción social, coincidiendo también con Macías A. et al. (9), quien reportó que la promoción de salud era de nivel medio 68%, y el desarrollo personal social también era de nivel medio en el 70%, no coincidente con el estudio de Ruiz, Echevarría y Huanca (10), quienes hallaron que las dimensiones del autocuidado: promoción de salud y relaciones interpersonales, eran de nivel alto o bueno en mayor proporción.

Al establecer la relación entre la autopercepción del estado de salud y la capacidad de autocuidado en los estudiantes universitarios de enfermería, se encontró mediante prueba estadística de Rho de Spearman (r), que existía una significativa estadística que daba a conocer su estrecha relación ($p=0.010$), el cual se comportaba de forma positiva o directa ($r = 0.137$), es decir que, a menor nivel de autocuidado, menor era el nivel de salud y viceversa, tal es así que hubo mayor proporción de buen nivel de salud, en estudiantes con alta capacidad de autocuidado (9.6%), y mayor predominio de nivel regular de salud, en estudiantes con nivel medio de capacidad de autocuidado (51.7%). En la presente investigación también se determinó la relación sobre la autopercepción del estado de salud y las dimensiones del autocuidado, encontrando en los resultados que, en estudiantes con nivel medio de promoción de la salud, predominaba el nivel regular de salud, destacándose también que, en estudiantes con alto nivel de promoción de la salud, predominaba el nivel bueno de salud, encontrándose una relación significativa directa o positiva ($p=0.001$). En lo concerniente a la relación entre la interacción social y el estado de salud auto percibido, también se halló una relación estadística significativa ($p=0.006$), ya que predominó los casos de nivel regular de salud, en estudiantes con nivel medio de interacción social. Este resultado se asemeja al estudio de Riveros M. (5), quien determinó que las conductas de autocuidado que realizan los estudiantes de enfermería de una universidad de Huancavelica, se relacionaban con los niveles de salud percibido ($p=0.000$), afirmando que, a menor autocuidado, menor era el nivel de salud percibido.

De todos los resultados encontrados, se corrobora que el nivel de salud auto percibido en los estudiantes de enfermería es de nivel regular con tendencia a nivel bueno, y que la capacidad de autocuidado es mayormente de nivel medio con tendencia al nivel alto, situaciones que se relacionan estadísticamente entre sí, por lo que es necesario que los estudiantes mejoren las practicas o acciones para el mantenimiento de la salud, enfocándose en la realización de actividades físicas optimizando la vitalidad, asimismo, se sugiere que realicen actividades de ocio o soliciten la unión a los talleres extracurriculares que brinda la universidad para aliviar el estrés y a la vez promover la interacción social manteniendo así su salud mental, obteniendo un equilibrio en todas la dimensiones de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mejía C, Toledo-Martínez J, Lora-Acuña P, Chacon J. Autopercepción de la salud según lugar de residencia en trabajadores de ocho países de Latinoamérica. Rev Asoc Esp Med Trab • Diciembre [Internet]. diciembre de 2021 [citado 4 de julio de 2022];30(4):388-95. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v30n4/1132-6255-medtra-30-04-388.pdf>
- Zapata Ossa H. Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali. Rev Salud Pública [Internet]. 9 de mayo de 2015 [citado 20 de mayo de 2022];17(4):589-602. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2015.v17n4/589-602>
- Sillas Gonzáles D, Jordán Jinez L. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarro Cient Enferm [Internet]. marzo de 2011 [citado 4 de julio de 2022];19(2):67-9. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Prado Solar LA, Gonzáles Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2014 [citado 21 de mayo de 2022];36(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242014000600004
- Riveros Huamán M. Autocuidado y estado de salud en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica 2019 [Internet]. [Huancavelica, Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2923/TESIS-ENFERMERIA-2019-RIVEROSHUAMÁN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Medina-Toro FM, Jimenez-Ortiz JL, Aragón-Castillo J, Frutos-Najera DG, Muñoz-Palomeque M. Calidad de vida en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada en Nuevo León, México. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 31 de diciembre de 2022 [citado 2 de diciembre de 2022];22(1):89-94. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000100089&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cassaretto M. La salud y sus determinantes personales en jóvenes universitarios de Lima [Internet]. [Lima, Perú]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2019 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/15220/Cassaretto_Bardales_Salud_determinantes_personales1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mendoza D. Salud percibida y regulación emocional en estudiantes universitarios de Lima [Internet]. [Lima, Perú]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2020 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/18358/Mendoza_Huamán_Salud_percibida_regulación1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mácias A, Sanipatin J, Rincón T, Zambrano R. Sobrepeso y autocuidado en estudiantes de la carrera enfermería. Rev Investig en Salud [Internet]. agosto de 2018 [citado 2 de diciembre de 2022];1(3):139-46. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/14/81>
- Ruiz-Aquino M, Echevarría Dávila J, Enrique Huanca Solís W, Dávila E, Huanca Solís J, Scholar G. Conductas de autocuidado de la salud en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. Socialium [Internet]. 5 de enero de 2021 [citado 10 de mayo de 2022];5(1):261-76. Disponible en: <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/830/1086>
- Pérez FV, Hernández ARG, Muñoz IR, Mendoza JS, López MP, Santiago M de los ÁO, et al. Autopercepción de capacidades de autocuidado para la prevención de enfermedades no transmisibles en universitarios. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. 30 de noviembre de 2021 [citado 10 de mayo de 2022];5(6):11112-26. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1156/1562>
- Gómez MR, Ferreira VT, Blanco MAG, Osorio MLV, Torres CC. Agencia de autocuidado, conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo biológico en estudiantes de enfermería. Rev Cuid [Internet]. 20 de diciembre de 2019 [citado 2 de diciembre de 2022];10(1). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/622/1081>





Uso de lactancia materna y relación con el estado nutricional en infantes menores de seis meses. Hospital general de Perú.

use of breastfeeding and relationship with the nutritional status in infants under six months. General hospital of Perú.

Flores-Chuquitay María Fernanda^{1,a}.

1. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.
a. Médico cirujano.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.503>

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la lactancia materna y el estado nutricional en menores de seis meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo en un Hospital General de Perú en el año 2018. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y comparativo en 218 binomios madre-niño, atendidos en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un Hospital General de Perú. Se aplicó una encuesta a la madre del infante y las medidas antropométricas se compararon con las tablas de crecimiento propuestas por la OMS. **Resultados:** Según peso para la edad hubo desnutrición en 35 (16,1%) y sobrepeso en 3 (1,4%). De acuerdo a la talla para la edad, esta fue baja severa en 26 (11,9%) y baja en 38 (17,4%). Respecto a peso para la talla se halló 13 (6,0%) desnutridos severos, 6 (2,8%) desnutridos, 8 (3,7%) con sobrepeso y 26 (11,9%) obesidad. La lactancia materna exclusiva se reportó en 184 (80,70%) de las madres entrevistadas mientras que alimentación mixta en 30 (13,16%). La alimentación únicamente con fórmula láctea se reportó en 4 (1,75%) de los niños. Hubo relación estadísticamente significativa entre el tipo de lactancia y el peso para la edad ($p < 0,05$). **Conclusión:** Existe asociación entre la lactancia materna y el estado nutricional según peso para la edad en los menores de seis meses de edad que acudieron al control de crecimiento y desarrollo en un Hospital General de Perú en el año 2018.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva; estado nutricional; lactante; niño; pediatría.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between breastfeeding and nutritional status in children under six months of age who attend to the control of growth and development in a General Hospital of Peru in 2018. **Materials and methods:** Observational, descriptive and comparative study in 218 mother-child pairs, assisted in the Growth and Development Service of a General Hospital of Peru. A survey was applied to the mother of the infant and the anthropometric measures were compared with the growth charts proposed by the WHO. **Results:** According to weight for age there was malnutrition in 35 (16.1%) and overweight in 3 (1.4%). According to size for age, it was severely low in 26 (11.9%) and low in 38 (17.4%). Regarding weight for height, 13 (6.0%) were found to be severely malnourished, 6 (2.8%) undernourished, 8 (3.7%) were overweight and 26 (11.9%) were obese. Exclusive breastfeeding was reported in 184 (80.70%) of the mothers interviewed while mixed feeding in 30 (13.16%). The feeding only with milk formula was reported in 4 (1.75%) of the children. There was a statistically significant relationship between the type of lactation and weight for age ($p < 0.05$). **Conclusion:** There is an association between breastfeeding and nutritional status according to weight for age in children under six months of age who attended the growth and development control in a General Hospital of Peru in 2018.

Keywords: Exclusive breastfeeding; nutritional status; infant; boy; pediatrics

Correspondencia:

Nombre: Flores Chuquitay María Fernanda
Dirección: Urb. San Isidro. Calle Madre Selva F-4-25-Ica
Correo: mafer.1494@gmail.com
Celular: (+51) 954 962 291

Artículo original derivado de una investigación formativa y proyección social. Facultad de Odontología. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Agosto del 2022.

Contribuciones de autoría:

MFCH: participaron en la elaboración del estudio, diseño metodológico, redacción, análisis, revisión y aprobación del manuscrito.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

Financiado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" como investigación ganadora de concurso.

Cómo citar:

Flores-Chuquitay María Fernanda. Uso de lactancia materna y relación con el estado nutricional en infantes menores de seis meses. Hospital general de Perú. Rev méd panacea 2022;11(3):90-98. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.503>

Recibido:	24	-	09	-	2022
Aceptado:	08	-	11	-	2022
Publicado:	12	-	12	-	2022

INTRODUCCIÓN

En el recién nacido la leche materna es el alimento óptimo para esta etapa de la vida debido a que proporciona un suministro adecuado de nutrientes para apoyar un crecimiento y desarrollo saludables (1).

Aunque cada madre decide cómo alimentar a su hijo, esta decisión está fuertemente influenciada por factores económicos, ambientales, sociales y políticos. Desafortunadamente, los países no protegen, promueven o apoyan adecuadamente la lactancia materna a través de fondos o políticas. Como resultado, la mayoría de los niños en el mundo no cumplen con estas recomendaciones de lactancia (2).

La desnutrición y las carencias de micronutrientes pueden ser particularmente perjudiciales para los niños. Pueden sufrir retraso en el crecimiento y emaciación, así como enfermedades graves –incluyendo anemia, retraso mental y ceguera permanente. Por su parte el sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de enfermedades no transmisibles, lo que representa una amenaza importante para la salud pública (3).

Todos los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición, pero los niños están particularmente expuestos a mayor riesgo (4). La desnutrición sigue siendo un problema generalizado en los países más pobres, mientras que el sobrepeso y la obesidad afecta a los países más pobres (3), con repercusiones en el desarrollo y consecuencias económicas, sociales y médicas graves y duraderas, para las personas y sus familias, para las comunidades y para los países (4).

Enfocando esta situación en el contexto regional, se encuentra que existen estudios en la ciudad de Ica donde se refleja que hay 6,7% de desnutrición crónica en infantes menores de 5 años y más aún, sólo un 31,7% de la población, según una encuesta elaborada por INEI 2010-2015, recibe lactancia materna exclusiva; ocupando la ciudad de Ica el último lugar entre todos los departamentos del país.(5)

En este contexto se planteó el presente estudio con el objetivo de determinar la asociación entre el uso de lactancia materna y el estado nutricional en los menores de seis meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo en un Hospital General de Perú en el año 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y comparativo. La población estuvo conformada por todas las madres cuyos hijos/as eran menores de seis meses de edad y acudían a control de crecimiento y desarrollo en el Hospital Regional Docente de Ica en el año 2018, aproximadamente 530 madres acudieron durante los dos meses consecutivos en los que se realizó la recolección de datos. La muestra fue obtenida mediante muestreo intencionado y estuvo conformada por 218 madres y sus menores hijos/as menores de seis meses de edad que acudieron al servicio de crecimiento y desarrollo de dicho nosocomio. El número de muestras se calculó con fórmula de tamaño de muestra finita (95% de confianza).

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron: Infantes sanos menores de seis meses de edad, madre con mayoría de edad, aceptación de la madre de participar en el estudio y firma del consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: Negativa de la madre para continuar en el estudio, niños menores de un mes de vida.

Para la recolección de datos se solicitó la autorización del Comité de Ética del nosocomio y habiéndose obtenido éste se aplicó una encuesta (ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos) a la madre del infante, previa autorización y firma de consentimiento informado. Posterior al control de crecimiento y desarrollo, el encuestador recabó las preguntas así como los datos relacionados al peso y talla del infante proveniente del Carnet de Atención Integral de Salud del Niño/a, luego se hizo la comparación de las medidas de cada infante con las tablas de crecimiento propuestas por la OMS debido a que éstas ya han sido validadas y actualmente son el medio más confiable para poder estudiar el estado nutricional en el lactante. Posteriormente se verificó que las preguntas hayan sido respondidas en su totalidad, excluyendo aquellas que no cumplían con ello. La información resultante de esta investigación fue anónima y manejada confidencialmente por la investigadora.

Los datos obtenidos, previo control de calidad, fueron ingresados a una base de datos. El nivel de significancia utilizado para el procesamiento y análisis del estudio fue del 5%. La interpretación y análisis de los resultados se realizó según el tipo de variable. Las variables categóricas fueron descritas globalmente mediante proporciones. En el análisis bivariado se determinó la frecuencia absoluta y relativa de cada categoría de las variables. Asimismo, se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar la relación de independencia entre dos variables categóricas, aceptando la relación estadísticamente significativa si el valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

En relación a las características de los niños evaluados, 115 (50,44%) fueron de sexo masculino, 113 (49,56%) eran el primer hijo y 80 (35,09%) el segundo hijo. 174 (76,32%) nacieron por parto vaginal. 6 (2,75%) tuvieron episodios de EDA y 29 (13,30%) desarrollaron procesos de IRA previos a la encuesta (Tabla 1).

En relación a las características maternas, se observó que la mayoría de las madres estaban unidas; 174 (76,35%) eran convivientes y 33 (14,47%) eran casadas. 109 (48,80%) trabajaban en alguna actividad de forma dependiente o independiente, 78 (34,21%) estaban aseguradas por el SIS y 57 (25,00%) por EsSalud. Sólo 2 (0,88%) manifestaron tabaquismo (Tabla 1).

En relación a las características familiares del niño, se observó que en la mayoría de hogares de donde provenía el niño, el jefe de hogar desempeñaban un trabajo de forma dependiente 132 (60,55%). (Tabla 1).

Tabla 1. Características del niño, maternas y familiares de los infantes que acuden al servicio de CRED. Hospital regional docente de Ica, 2018.

Parámetro	n	%
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO		
Sexo		
Femenino	103	47,25
Masculino	115	52,75
Orden de nacimiento		
Primero	113	51,83
Segundo	80	36,7
Tercero	17	7,8
Cuarto	8	3,67
Vía de culminación del parto		
Abdominal	44	20,18
Vaginal	174	79,82
Comorbilidad al nacer		
No	215	98,62
Si	3	1,38
Episodios de EDA		
No	212	97,25
Sí	6	2,75
Episodios de IRA		
No	189	86,7
Sí	29	13,3
CARACTERÍSTICAS MATERNAS		
Estado civil		
Soltera	11	5
Conviviente	174	79,8
Casada	33	15,1
Actividad laboral		
Dependiente	80	36,7
Independiente	42	19,27
Ninguna	96	44,04
Aseguramiento en salud		
EsSalud	57	26,15
SIS	78	35,78
Ninguna	76	34,86
Tabaquismo		
No	216	99,08
Si	2	0,92
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES		
Ocupación del jefe del hogar		
Dependiente	132	60,55
Independiente	57	26,15
Ninguna	29	13,3
Funcionamiento familiar		
Funcional	5	2,29
Disfunción leve	87	39,91
Disfunción moderada	99	45,41
Disfunción severa	27	12,39

En relación a las características nutricionales de los niños, se observó que la mayoría de ellos tuvieron un diagnóstico de normal en peso para la edad 180 (82,6%); 146 (67,0%) adecuada talla para la edad y 165 (75,7%) se ubicaron como normales en la variable peso para la talla. Según el peso para la edad, la desnutrición se presentó en 16,1% de los niños, mientras que la obesidad se registró en 1,4% de ellos. Según la talla para la edad, esta fue baja o baja severa en 29,3% de los lactantes, mientras que la talla alta se evidenció en 3,7% de los casos. La evaluación del peso para la talla evidenció que la desnutrición o desnutrición severa en 8,8% de los casos, mientras que el sobrepeso u obesidad estuvo presente en 15,6% de los lactantes evaluados (Tabla 2).

Tabla 2. Autopercepción del estado de salud en estudiantes universitarios de enfermería.

Estado Nutricional	N	%
Peso para la edad		
Desnutrición	35	16,1
Normal	180	82,6
Sobrepeso	3	1,4
Talla para la edad		
Talla baja	38	17,4
Talla baja severa	26	11,9
Normal	146	67
Talla alta	8	3,7
Peso para la talla		
Desnutrido severo	13	6
Desnutrido	6	2,8
Normal	165	75,7
Sobrepeso	8	3,7
Obesidad	26	11,9

La lactancia materna exclusiva se reportó en 184 (80,70%) de las madres entrevistadas mientras que la alimentación mixta en 30 (13,16%) de ellas. La alimentación únicamente con fórmula láctea se reportó en 4 (1,75%) de los niños (Tabla 3).

Tabla 3. Tipo de lactancia de los niños que acuden al servicio de cred. Hospital regional docente de Ica, 2018.

Tipo de lactancia	N	%
Lactancia materna exclusiva	184	80,7
Alimentación mixta	30	13,16
Sólo fórmula	4	1,75

El antecedente de episodios de IRA o EDA previos a la encuesta se asoció significativamente con el peso para la edad del lactante. Un tercio de los que tuvieron IRA (37,93%) y dos tercios de los que presentaron EDA (66,67%) cursaron con desnutrición ($p < 0,05$). Tampoco se halló relación entre las características maternas o familiares y el peso para la edad; sin embargo, hubo mayor porcentaje de niños con desnutrición en mujeres solteras (18,18%), que no trabajaban (21,25%), sin aseguramiento (17,54%) y en familias cuyo jefe de hogar tenía trabajo independiente (17,54%). (Tabla 4).

Tabla 4. Peso para la edad según características maternas, familiares y de los niños que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo Hospital regional docente de Ica, 2018.

PARÁMETRO	PESO PARA LA EDAD						Chi cuadrado	Valor de P
	Desnutrido		Normal		Sobrepeso			
	N	%	n	%	n	%		
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO								
Sexo								
Masculino	17	14,78	96	83,48	2	1,74	0,503	0,778
Femenino	18	17,48	84	81,55	1	0,97		
Orden de nacimiento								
Primero	19	16,81	92	81,42	2	1,77	8,972	0,175
Segundo	12	15	68	85	0	0		
Tercero	3	17,65	14	82,35	0	0		
Cuarto	1	12,5	6	75	1	12,5		
Comorbilidad al nacer								
No	34	15,81	178	82,79	3	1,4	0,701	0,704
Sí	1	33,33	2	66,67	0	0		
Episodios de EDA								
No	31	14,62	178	83,96	3	1,42	11,74	0,003
Sí	4	66,67	2	33,33	0	0		
Episodios de IRA								
No	24	12,7	162	85,71	3	1,59	12,13	0,002
Sí	11	37,93	18	62,07	0	0		
CARACTERÍSTICAS MATERNAS								
Estado civil								
Soltera	2	18,18	9	81,82	0	0	0,924	0,921
Conviviente	28	16,09	144	82,76	2	1,15		
Casada	5	15,15	27	81,82	1	3,03		
Actividad laboral								
No trabaja	17	21,25	78	97,5	1	1,25	1,082	0,897
Independiente	5	11,9	36	85,71	1	2,38		
Dependiente	13	13,54	66	68,75	1	1,04		
Aseguramiento en salud								
Ninguno	10	17,54	59	103,51	1	1,75	0,357	0,986
SIS	12	15,38	54	69,23	1	1,28		
EsSalud	13	17,11	67	88,16	1	1,32		
Tabaquismo								
No	35	16,2	178	82,41	3	1,39	0,426	0,808
Sí	0	0	2	100	0	0		
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES								
Ocupación del jefe del hogar								
No trabaja	5	3,79	23	17,42	1	0,76	1,926	0,749
Independiente	10	17,54	47	82,46	0	0		
Dependiente	20	68,97	110	379,31	2	6,9		
Funcionamiento familiar								
Funcional	1	20	4	80	0	0	9,879	0,13
Disfunción leve	8	9,2	76	87,36	3	3,45		
Disfunción moderada	19	19,19	80	80,81	0	0		
Disfunción severa	7	25,93	20	74,07	0	0		

De la misma forma se observó relación entre el antecedente de IRA o EDA y el peso para la talla ($p < 0,05$). Un tercio de los niños que presentaron estos eventos tuvieron desnutrición o desnutrición severa. Las demás características del niño no se asociaron significativamente (Tabla 5).

Ninguna de las características maternas o familiares se asociaron significativamente con el peso para la talla del niño ($p > 0,05$); sin embargo, hubo mayor porcentaje de desnutridos en aquellas que no trabajaban y sin aseguramiento en salud (Tabla 5).

Tabla 5. Peso para la talla según características maternas, familiares y de los niños que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo. Hospital regional docente de Ica, 2018.

PARÁMETROS	PESO PARA LA TALLA						Chi cuadrado	Valor de p
	Irrido- Desnutrido s		Normal		obrepeso- Obesida			
	n	%	n	%	n	%		
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO								
Sexo								
Masculino	12	10,43	83	72,17	20	1,74	1,725	0,422
Femenino	7	6,8	82	79,61	14	13,59		
Orden de nacimiento								
Primero	13	11,5	81	71,68	19	16,81	7,047	0,316
Segundo	3	3,75	65	81,25	12	15		
Tercero	1	5,88	14	82,35	2	11,76		
Cuarto	2	25	5	62,5	1	12,5		
Comorbilidad al nacer								
No	18	8,37	164	76,28	33	15,35	3,45	0,178
Si	1	33,33	1	33,33	1	33,33		
Episodios de EDA								
No	17	8,02	161	75,94	34	16,04	5,319	0,07
Si	2	33,33	4	66,67	0	0		
Episodios de IRA								
No	10	5,29	147	77,78	32	16,93	21,56	0
Si	9	31,03	18	62,07	2	6,9		
CARACTERÍSTICAS MATERNAS								
Estado civil								
Soltera	0	0	9	81,82	2	18,18	2,354	0,671
Conviviente	16	9,2	129	74,14	29	16,67		
Casada	3	9,09	27	81,82	3	9,09		
Actividad laboral								
No trabaja	11	13,75	69	86,25	16	20	4,758	0,313
Independiente	3	7,14	36	85,71	3	7,14		
Dependiente	5	5,21	60	62,5	15	15,63		
Aseguramiento en salud								
Ninguno	8	14,04	47	82,46	15	26,32	6,948	0,139
SIS	6	7,69	56	71,79	5	6,41		
EsSalud	5	6,58	62	81,58	14	18,42		
Tabaquismo								
No	19	8,8	163	75,46	34	15,74	0,648	0,723
Si	0	0	2	100	0	0		
CACRACTERÍSTICAS FAMILIARES								
Ocupación del jefe del hogar								
No trabaja	3	2,27	22	16,67	4	3,03	8,889	0,064
Independiente	10	17,54	40	70,18	7	12,28		
Dependiente	6	20,69	103	355,17	23	79,31		
Funcionamiento familiar								
Funcional	0	0	4	80	1	20	8,363	0,213
Disfunción leve	4	4,6	66	75,86	17	19,54		
Disfunción moderada	14	14,14	72	72,73	13	13,13		
Disfunción severa	1	3,7	23	85,19	3	11,11		

Ninguna de las características del niño se asoció con la talla para la edad del lactante ($p>0,05$); sin embargo, en los niños con de comorbilidad al nacer, así como con antecedente de episodios de EDA hubo mayor porcentaje de talla baja o baja severa (Tabla 6).

Ninguna de las características maternas o familiares se asoció con la talla para la edad del lactante ($p>0,05$); sin embargo, en los lactantes cuyas madres estaban unidas, que no trabajaban, sin aseguramiento, fumadoras, cuyo jefe de hogar tenía un trabajo dependiente y de familias con disfunción severa, presentaron mayor proporción de talla baja o baja severa (Tabla 6).

Tabla 6. Talla para la edad según características maternas, familiares y de los niños que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo. Hospital regional docente de Ica, 2018.

PARÁMETRO	TALLA PARA LA EDAD						Chi cuadrado	Valor de p
	Baja- baja severa		Normal		Alta			
	n	%	n	%	n	%		
CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO								
Sexo								
Masculino	39	33,91	72	62,61	4	0,35	2,437	0,296
Femenino	25	24,27	74	71,84	4	3,88		
Orden de nacimiento								
Primero	36	31,86	71	62,83	6	5,31	9,423	0,151
Segundo	24	30	56	70	0	0		
Tercero	4	23,53	12	70,59	1	5,88		
Cuarto	0	0	7	87,5	1	12,5		
Comorbilidad al nacer								
No	62	28,84	145	67,44	8	3,72	2,068	0,061
Si	2	66,67	1	33,33	0	0		
Episodios de EDA								
No	61	28,77	143	67,45	8	3,77	1,387	0,5
Sí	3	50	3	50	0	0		
Episodios de IRA								
No	55	29,1	129	68,25	5	2,65	4,442	0,181
Sí	9	31,03	17	58,62	3	10,34		
CARACTERÍSTICAS MATERNAS								
Estado civil								
Soltera	2	18,18	9	81,82	0	0	4,85	0,303
Conviviente	55	31,61	111	63,79	8	4,6		
Casada	7	21,21	26	78,79	0	0		
Actividad laboral								
No trabaja	31	38,75	60	75	5	6,25	3,123	0,537
Independiente	9	21,43	32	76,19	1	2,38		
Dependiente	24	25	54	56,25	2	2,08		
Aseguramiento en salud								
Ninguno	21	36,84	45	78,95	4	7,02	1,35	0,853
SIS	19	24,36	46	58,97	2	2,56		
EsSalud	24	31,58	55	72,37	2	2,63		
Tabaquismo								
No	64	29,63	144	66,67	8	3,7	0,995	0,608
Si	0	0	2	100	0	0		
CARACTERÍSTICAS FAMILIARES								
Ocupación del jefe del hogar								
No trabaja	9	11,25	19	23,75	1	1,25	1,962	0,743
Independiente	13	30,95	41	97,62	3	7,14		
Dependiente	42	43,75	86	89,58	4	4,17		
Funcionamiento familiar								
Funcional	1	20	4	80	0	0	3,582	0,733
Disfunción leve	25	28,74	59	67,82	3	3,45		
Disfunción moderada	27	27,27	67	67,68	5	5,05		
Disfunción severa	11	40,74	16	59,26	0	0		

La evaluación nutricional determinó que el peso para la edad se relacionaba con la lactancia materna exclusiva ($p=0,043$), la desnutrición fue dos veces más frecuente en aquellos niños que no recibieron lactancia materna exclusiva (29,41%); por su parte la talla para la edad ni el peso para la talla se asociaron significativamente con la lactancia materna exclusiva ($p>0,05$) (Tabla 7)

Tabla 7. Peso para la talla según tipo de lactancia en los niños que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo. Hospital regional docente de Ica, 2018.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA				Chi cuadrado	Valor e P
	Sí		No			
	n	%	n	%		
PESO/ EDAD						
Desnutrido	25	71,43	10	28,57	6,279	0,043
Normal	157	87,22	23	12,78		
Sobrepeso	2	66,67	1	33,33		
TALLA/ EDAD						
Talla baja severa	22	84,62	4	15,38	0,063	0,996
Talla baja	32	84,21	6	15,79		
Normal	123	84,25	23	15,75		
Talla alta	7	87,5	1	12,5		
PESO/ TALLA						
Desnutrido-desnutrido severo	15	78,95	4	21,05	0,812	0,666
Normal	139	84,24	26	15,76		
Sobrepeso-Obesidad	30	88,24	4	11,76		

DISCUSIÓN

La lactancia materna es la intervención sanitaria más eficaz para prevenir la obesidad y disminuir el riesgo de alergia a los alimentos, pero su máximo beneficio se obtiene cuando su duración es mayor de 6 meses y se prolonga hasta los dos años, apoyada con otros alimentos (6). Sin embargo, la adherencia es variable en diferentes partes de nuestro país. En Ica, solo dos de cada cuatro mujeres se adhieren a esta práctica (5,7). Se ha señalado que esta situación podría ocasionar desequilibrio entre la ingesta de alimentos y los requerimientos calóricos de nutrientes en el niño o la niña que conduce a la malnutrición.

Los reportes estadísticos indican que en Ica al menos de dos de cada diez niños padecen algún tipo de malnutrición (6); sin embargo, en nuestro estudio se observó que un porcentaje mayor; uno a tres de cada cinco niños evaluados presentaba algún tipo de malnutrición, la mayoría relacionada al déficit. Otros estudios nacionales han reportado similares resultados globales a los observados en esta investigación, pero el porcentaje de niños obesos observados es inferior a lo reportado en este estudio (8-9).

Los resultados también demuestran que existe elevado porcentaje de adherencia a la lactancia materna exclusiva; superior a lo reportado para el departamento de Ica (5,7) y a lo registrado en un estudio realizado en la costa norte del Perú (9).

En el presente estudio se demostraría que el tipo de alimentación de estos niños se asocia con el peso para la edad, pero no con el peso para la talla ni la talla para la edad. Argote y Cordero (10) hallaron relación significativa entre el tipo de lactancia y el estado nutricional valorado a través de la talla para la edad, mientras que Solano (8) reportó relación entre el tipo de la lactancia y el estado nutricional valorado a través del índice peso-talla. Mosqueira (9), por su parte no encontró relación entre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del lactante menor de seis meses de edad. Estas discrepancias observadas en esta investigación y en otros estudios podrían deberse a la población estudiada y a las técnicas de evaluación del estado nutricional, así como a la precisión del diagnóstico al usar las curvas de crecimiento.

Entre las características del niño que fueron evaluadas, se observó que el antecedente de episodios de EDA y de IRA se asoció con el peso para la edad y el peso para la talla. La desnutrición fue más frecuente en aquellos niños que tuvieron este antecedente; sin embargo, en el presente estudio el antecedente de infecciones respiratorias o diarrea no se asoció con la talla para la edad. Un estudio en niños ecuatorianos realizado por Romero y col. (11) halló elevado porcentaje de enfermedades infecciones, principalmente gastrointestinales y respiratorias, así como de desnutrición pero no reportó la existencia de asociación entre estas variables. Sin embargo, se sabe que la infección respiratoria afecta y, a su vez, es afectada por el estado nutricional de quien la padece. Los lactantes con desnutrición tendrían mayor predisposición para adquirir múltiples enfermedades debido a las importantes limitaciones en las reservas energéticas que provocan una disminución en la capacidad de respuesta ante cambios bioquímicos, hormonales, metabólicos e inmunes producidos por el proceso infeccioso, que puede llevar a un círculo vicioso y terminar incluso con la muerte del niño (12-13).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turck D, van Goudoever JB. Neonatal and infant nutrition, breastfeeding. En: Koletzko B, Shamir R, Turck D, Phillip M (eds). Nutrition and Growth: Yearbook 2014. World Rev Nutr Diet. Basel. 2014; 109:23–35. [Citado: Abril 2018] Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Abstract/356106>
2. Global Breastfeeding Collective (UNICEF/WHO). Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: global breastfeeding scorecard, 2017. Washington D.C.: UNICEF/WHO; 2017. [Citado: Abril 2018] Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017-summary.pdf?ua=1>
3. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Segunda Conferencia Internacional de Nutrición. Roma: FAO; 2014. [Citado: Mayo 2018] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2016. [Citado: Abril 2018] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
5. Ministerio de Economía y Finanzas. Principales indicadores de los programas presupuestales – ENDES: Salud materno infantil, inmunizaciones y salud reproductiva. Lima: MEF; 2016. [Citado: Abril 2018] Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion_ppr.pdf
6. Aguilar MJ, Sánchez AM, Madrid N, Mur N, Expósito M, Hermoso E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente. Nutrición hospitalaria. 2015; 31(2):606-620. [Citado: Abril 2018] Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8458.pdf>
7. Ministerio de Economía y Finanzas. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2011 – 2016: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares). Lima: MEF; 2017. [Citado: Mayo 2018] Disponible en: https://encuestas.inei.gov.pe/endes/images/Peru_Indicadores_de_PPR_2011_2016.pdf
8. Solano GP. Relación entre la lactancia materna exclusiva y mixta, y el estado nutricional en niños de 1,3 y 6 meses. [Tesis de Bachiller]. La Libertad: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina Humana; 2016. [Citado: Mayo 2018] Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1203/Solano%20Silva%20Grecia%20Paula%20Del%20Coral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Mosqueira KJ. Estado nutricional de lactante de uno a seis meses en relación al tipo lactancia en Centro de Salud Progreso 2016. [Tesis] Ancash: Universidad San Pedro. Facultad de Medicina Humana; 2017. [Citado: Mayo 2018] Disponible en: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/809/Tesis_47983.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Argote DL, Cordero JE. Relación del tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de seis meses - C.S. Chilca 2014. [Tesis] Junín: Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Enfermería; 2015. [Citado: Mayo 2018] Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1068/TENF_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Romero K, Salvant A, Almarales MA. Lactancia materna y desnutrición en niños de 0 a 6 meses. Revista Cubana de Medicina Militar. 2018; 47(4):1-12. [Citado: Mayo 2018] Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/243/234>
12. Orellana DF, Urgilez GJ, Larriva DK, Fajardo PF. Estudio transversal: prevalencia de infecciones respiratorias agudas y su asociación con desnutrición en pacientes menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud de Cuchil, 2016. Revista Médica HJCA. 2017; 9(2):170-175. [Citado: Abril 2018] Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/362/342>
13. Morais A, Piñeiro E, Santana S. Impacto de la diarrea sobre el estado nutricional de los niños atendidos en un hospital pediátrico. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2017; 27(2):321-337. [Citado: Mayo 2018] Disponible en: <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/440/473>





Proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público Ica, Perú 2021.

High-level disinfection process for gastroscopes in a public hospital Ica, Peru 2021.

Bendezú-Sarcines Carmen Emilia¹, Sauñe-Oscro Wilson², Aquije Paredes Carmen del Rosario³, Oscro-Torres Olinda⁴.

1. Licenciada en enfermería del Hospital Regional de Ica Perú. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista-Filial Ica, Perú. <http://orcid.org/0000-0002-9901-8459>
2. Licenciado en enfermería del Hospital Santa María del Socorro de Ica Perú. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista-Filial Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-1802-4927>
3. Especialidad en medicina de emergencia y desastres, Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista, Ica, Perú. <https://orcid.org/0000-0002-7422-9786>
4. Licenciada en enfermería del Hospital Santa María del Socorro de Ica Perú. Docente de la Universidad Privada San Juan Bautista-Filial Ica, Perú. <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0000-0001-8525-6846>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.508>

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el proceso de Desinfección de Alto Nivel (DAN) de gastroscopios en un hospital público de Ica-Perú 2021. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo realizado en una muestra de 60 procesos de desinfección de alto nivel de gastroscopios seleccionados a través del muestreo no probabilístico discrecional en el que se incluyeron los procedimientos de gastroscopía programados y se excluyeron los de urgencia, realizado en el consultorio de gastroenterología del Hospital Regional Nivel II-2 de la provincia de Ica, Perú. La recopilación de datos se realizó con la guía de observación de reprocesamiento de endoscopios validado por juicio de expertos y con una confiabilidad según el Coeficiente KR-20 igual a 0,95, elaborado en base al Manual de esterilización para centros de la salud de la OPS y a las directrices de la Organización Mundial de Gastroenterología, el instrumento consta de 8 dimensiones y 28 ítems. **Resultados:** Según el instrumento de evaluación aplicado se evidencian que, los procedimientos de secado, enjuague y secado finales (n=60; 100%), la pre-limpieza (n=54; 90%), el enjuague (n=44; 73%), la limpieza (n=34; 57%), el almacenamiento (n=30; 50%), son procedimientos inadecuados; mientras que el procedimiento de desinfección es adecuado en (n=56; 93%) de los procesos. **Conclusión:** El proceso completo de Desinfección de Alto Nivel (DAN) de gastroscopios es inadecuado en el 100% de los procedimientos de gastroscopías.

Palabras clave: Proceso, desinfección, gastroscopio (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective: To evaluate the process of High-Level Disinfection (HLD) of gastroscopes in a public hospital in Ica-Peru 2021. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional descriptive study carried out in a sample of 60 high-level disinfection processes of gastroscopes selected at through discretionary non-probabilistic sampling in which scheduled gastroscopy procedures were included and emergency procedures were excluded, performed in the gastroenterology office of the Hospital Regional Level II-2 in the province of Ica, Peru. The data collection was carried out with the endoscope reprocessing observation guide validated by expert judgment and with a reliability according to the KR-20 Coefficient equal to 0.95, prepared based on the Sterilization Manual for health centers of the PAHO and the guidelines of the World Gastroenterology Organization, the instrument consists of 8 dimensions and 28 items. **Results:** According to the evaluation instrument applied, it is evident that the final drying, rinsing and drying procedures (n=60; 100%), pre-cleaning (n=54; 90%), rinsing (n=44; 73%), cleaning (n=34; 57%), storage (n=30; 50%), are inadequate procedures; while the disinfection procedure is adequate in (n=56; 93%) of the processes. **Conclusion:** The complete process of High Level Disinfection (HLD) of gastroscopes is inadequate in 100% of gastroscopy procedures.

Keywords: Process, disinfection, gastroscopio (Source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Carmen Emilia Bendezú Sarcines.
Dirección: Residencial San Carlos Mz. G Lote 13
Ica, Perú.
Correo electrónico:
carmen.bendezu@upsjb.edu.pe
Número de teléfono celular: (+51) 976 053 391

Contribuciones de autoría:

CEBS y OOT: participaron en la elaboración del estudio, diseño metodológico, redacción, análisis, revisión y aprobación del manuscrito.
WSO: participó en la elaboración de la base de datos.
CAP y CCEBS: participó en la recolección y en el análisis estadístico de datos.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

autofinanciado.

Cómo citar:

Bendezú-Sarcines Carmen Emilia, Sauñe-Oscro Wilson, Aquije-Paredes Carmen del Rosario, Oscro-Torres Olinda. Proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público Ica, Perú 2021. Rev méd panacea 2022;11(3):99-104. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.508>

Recibido:	24	-	09	-	2022
Aceptado:	08	-	11	-	2022
Publicado:	12	-	12	-	2022

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se inicia en la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) Central de Esterilización, quien tiene la función de evaluar, monitorear y supervisar todos los procesos de Esterilización, Desinfección de Alto Nivel y Desinfección de Nivel Intermedio del instrumental, equipos, materiales y dispositivos médicos utilizados en la atención directa del paciente (1). La Desinfección de Alto Nivel (DAN) es un proceso que se realiza haciendo uso de desinfectantes líquidos químicos como el Orthophthaldehído, glutaraldehído, entre otros, para disminuir la carga microbiana o eliminarla, con excepción de esporas (2).

La serie de informes del Instituto de Investigación en Atención de Emergencias (ECRI) por sus siglas en inglés, manifiesta cómo las fallas en el reprocesamiento de dispositivos médicos en las etapas de limpieza, lavado, desinfección y esterilización, pueden transmitir microorganismos patógenos infecciosos que causan las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) (3). El ECRI, menciona que el proceso de desinfección de los duodenoscopios es difícil de realizar por la complejidad de su diseño, el largo y estrechos de sus canales (4).

Neyra y Cárdenas (5), hallaron en su revisión sistemática que la desinfección de alto nivel no es segura para eliminar microorganismos resistentes, por lo que no se considera efectiva en la desinfección de dispositivos médicos utilizados en procedimientos mínimamente invasivos.

Pupuche y Quiróz (6), encontraron en su revisión sistemática que el proceso de DAN no se realizó de forma óptima, encontrando un 6,7% cultivos positivos a pseudomonas de diversas especies. En el Perú, un estudio de revisión sistemática en 50 endoscopios según limpieza y desinfección muestra que existe presencia de carga microbiana del 88% antes del proceso de limpieza y desinfección, disminuyendo al 26% posterior a la aplicación del proceso, evidenciando que no es suficiente la DAN en desinfección de endoscopios (7).

La mejor forma de estandarizar la limpieza y desinfección de los gastroscopios es el tratamiento mecánico, de acuerdo con lo establecido por las normas internacionales, las directrices de cada país y las normas nacionales deben utilizarse únicamente procedimientos mecánicos de limpieza y desinfección validados, estos requisitos están establecidos en las normas internacionales EN ISO 15883 (8).

La evaluación del DAN es un procedimiento del cual es responsable el profesional de enfermería de la central de esterilización, quien realiza actividades de supervisión de procesos de descontaminación, desinfección y esterilización de los materiales, instrumental y equipos médicos. Los usuarios son considerados como una fuente de infección, en tal sentido los dispositivos médicos para procedimientos mínimamente invasivos deben cumplir rigurosamente el proceso de descontaminación posterior a cada procedimiento. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo evaluar el proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público de Nivel II-2 en Ica Perú 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en el consultorio de gastroenterología del Hospital Regional Nivel II-2 de la provincia de Ica, Perú. La muestra estuvo compuesta de 60 procesos de Desinfección de Alto Nivel (DAN) (9) seleccionada a través del muestreo no probabilístico discrecional, se incluyó todos los procedimientos programados de gastroscopia digestiva alta, para asegurar la estandarización se excluyó los procedimientos de urgencia. La variable de estudio fue el proceso de Desinfección de Alto Nivel de gastroscopios, para su evaluación se utilizó una guía de observación validada a través de juicio de expertos y una confiabilidad según el Coeficiente Kuder y Richardson igual a 0,95(10), el instrumento está elaborado en base al Manual de esterilización para centros de salud de la Organización Panamericana de Salud (OPS) (11) y en base a las directrices de la Organización Mundial de Gastroenterología (12).

La recolección de datos se realizó en el consultorio de gastroenterología durante los procedimientos de gastroscopia, aplicando una lista de cotejo, el proceso de recojo de información se realizó durante los meses de abril a junio del año 2021, tiempo en que debido a la época de pandemia por COVID-19 se realizaron procedimientos de gastroscopia restringidos, los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico Excel versión 16.0. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Ica-Perú, no aplica el consentimiento informado ya que se observan procedimientos y las personas no están directamente involucradas en el estudio.

RESULTADOS

Se evaluaron 60 procesos de Desinfección de Alto Nivel de gastroscopios.

El procedimiento de pre-limpieza muestra que el 90% (n=54) no transporta el gastroscopio en recipiente cerrado, el 37% (n=22) no cumple con despejar restos macroscópicos aspirando detergente enzimático a través del canal de trabajo, el 17% (n=10) no cumple con realizar las pruebas de fuga y bloqueo, mientras que el 3% (n=2) no cumple con enjuagar el canal de aire/agua, canal de biopsia ni seca el eje de inserción.

Tabla 1. Procedimiento de pre-limpieza de gastroscopios en un hospital público de Ica-Perú 2021.

Ítems	(n=60)	
	Si cumple n (%)	No cumple n (%)
1	Despeja todo resto macroscópico aspirando detergente a través del canal de trabajo (250ml/min).	38 (63) 22 (37)
2	Expela toda la sangre, mucus y otros restos.	60 (100)
3	Enjuaga el canal de aire/agua, canal de biopsia y seca el eje de inserción.	58 (97) 2 (3)
4	Verifica si hay irregularidades en la superficie.	60 (100)
5	Desconecta el endoscopio de la fuente de luz/video procesador.	60 (100)
6	Transporta el aparato en un recipiente cerrado.	6 (10) 54 (90)
7	Realiza pruebas de fuga y pruebas de bloqueo.	50 (83) 10(17)
Fuente: Guía de observación de recolección de datos		

Sobre la limpieza el 50% (n=30) no cumple con limpiar y enjuagar el recipiente antes del nuevo procedimiento, el 17% (n=10) no renueva la solución de detergente para cada nuevo procedimiento, el 13% (n=8) no sigue los mismos procedimientos para todos los accesorios y el 7% (n=4) no cumple con limpiar todas las superficies, cepillar los canales ni las válvulas. En el enjuague se observa que el 60% (n=36) no descarta el agua de enjuague después de cada uso, el 47% (n=28) no limpia y enjuaga el recipiente antes del próximo procedimiento y el 100% (n=60) no seca el gastroscopio con aire comprimido o con un chorro de alcohol al 70%.

Tabla 2. Procedimientos de limpieza, enjuague y secado de gastroscopios en un hospital público de Ica-Perú 2021.

Ítems	(n=60)	
	Si cumple n (%)	No cumple n (%)
8	Limpia todas las superficies, cepilla los canales y las válvulas.	56 (93) 4 (7)
9	Utiliza material descartable.	60 (100)
10	Renueva la solución de detergente para cada nuevo procedimiento.	50 (83) 10 (17)
11	Limpia y enjuaga el recipiente antes del nuevo procedimiento.	30 (50) 30 (50)
12	Sigue los mismos procedimientos para todos los accesorios para procesamiento del endoscopio.	52 (87) 8 (13)
13	Enjuaga el endoscopio y válvulas con agua potable.	60 (100)
14	Sumerja el endoscopio e irriga todos los canales.	60 (100)
15	Descarta el agua de enjuague después de cada uso.	24 (40) 36 (60)
16	Limpia y enjuaga el recipiente antes del próximo procedimiento.	32 (53) 28 (47)
17	Seca con aire comprimido o con un chorro de alcohol al 70%.	60 (100)
Fuente: Guía de observación de recolección de datos		

Se observa además que el 7% (n=4) no cumple con el tiempo de contacto mínimo requerido con la solución desinfectante, el 100% (n=60) no realiza el enjuague final del endoscopio o las válvulas bajo agua corriente filtrada, el 73% (n=44) no retira la solución desinfectante con chorro de aire antes de enjuagar y el 33% (n=20) no descarta el agua de enjuague después de cada uso, el 100% (n=60) no realiza el secado final con aire comprimido o con un chorro de alcohol al 70%, el 50% (n=30) no guarda el endoscopio, el 27% (n=16) no desarma el endoscopio en un armario ventilado y el 3% (n=2) no cumple con asegurar que las válvulas están secas y lubricarlas si es necesario.

Tabla 3. Procedimientos de desinfección, enjuague final, secado final y almacenamiento de gastroscopios en un hospital público de Ica-Perú 2021.

Ítems		(n=60)	
		Si cumple n (%)	No cumple n (%)
18	Sumerge el endoscopio y las válvulas en una solución desinfectante de eficacia probada.	60 (100)	
19	Irriga todos los canales con una jeringa.	60 (100)	
20	Cumple con el tiempo de contacto mínimo requerido con la solución.	56 (93)	4 (7)
21	Retira la solución desinfectante con chorro de aire antes de enjuagar	16 (27)	44 (73)
22	Enjuaga el endoscopio o las válvulas bajo agua corriente filtrada.		60 (100)
23	Sumerge el endoscopio e irrigue todos los canales.	60 (100)	
24	Descarta el agua de enjuague después de cada uso.	40 (67)	20 (33)
25	Seca con aire comprimido o con un chorro de alcohol al 70%.		60 (100)
26	Desarma el endoscopio en un armario bien ventilado.	44 (73)	16 (27)
27	Asegura que las válvulas están secas y lubríquelas si es necesario.	58 (97)	2 (3)
28	Guarda el endoscopio.	30 (50)	30 (50)

Fuente: Guía de observación de recolección de datos

Según el instrumento de evaluación aplicado se evidencian que, el procedimiento de secado, enjuague y secado finales, son inadecuados en el 100% (n=60) de procesos, en el 90% (n=54) la pre-limpieza, 73% (n=44) el enjuague, 57% (n=34) la limpieza, 50% (n=30) el almacenamiento, son procedimientos inadecuados, mientras que el procedimiento de desinfección es adecuado en el 93% (n=56) de los procesos; obteniendo el 100% (n=60) de del proceso completo de desinfección de alto nivel de los gastroscopios inadecuado.

Tabla 4. Evaluación del proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público de Ica-Perú 2021.

Variables	Desinfección de Alto nivel (n=60)	
	Adecuado n (%)	Inadecuado n (%)
Pre-limpieza	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	6 (10)
Limpieza	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	26 (43)
Enjuague	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	16 (27)
Secado	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	60 (100)
Desinfección	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	56 (93)
Enjuague final	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	60 (100)
Secado final	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	60 (100)
Almacenamiento	Adecuado (1)	
	Inadecuado (0)	30 (50)
Proceso de desinfección*	Adecuado (28 pts)	
	Inadecuado (<28 pts)	60 (100)

Fuente: Guía de observación de recolección de datos

*Proceso completo de desinfección de alto nivel, considerando la puntuación total de la guía de observación que contiene 28 ítems.

DISCUSIÓN

El estudio evaluó el proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público de Ica Perú. Los resultados muestran que los procedimientos de pre-limpieza, enjuague y limpieza fueron inadecuados en el 90%, 73% y 50%, los que coinciden con los estudios de Mamani (13) realizados en Bolivia, donde el 75% no identifica adecuadamente los pasos del proceso y el 50% del personal de enfermería no cumple con el esquema de limpieza de 28 ítems. Por consiguiente, el lavado de los dispositivos médicos, instrumental y material de uso hospitalario es considerado el paso más importante en el proceso de descontaminación. Para que su eficacia sea garantizada debe cumplirse con todos los pasos mencionados. La limpieza es el paso crítico en el reprocesamiento de endoscopios (14).

El procedimiento de secado, enjuague y secado finales, son inadecuados en el 100% de procesos, así Lascano et al. (15) en un estudio realizado en Argentina muestran que en todos los procesos de desinfección de alto nivel de gastroscopios no existen normas ni protocolos para realizar el lavado y desinfección de gastroscopios ni se lleva ningún tipo de registro. Por lo tanto, es importante que, el enjuague del gastroscopio se realice sumergiendo completamente el dispositivo e irrigando los canales y válvulas con agua potable, descartando el agua utilizada y guardando limpio el contenedor para su próximo uso (16). El secado se realiza con aire comprimido para retirar el resto de las partículas de agua del interior de los canales y válvulas, tener precaución con la presión del aire, una presión muy alta puede dañar los canales internos del endoscopio, también puede hacerse uso de un chorro de alcohol al 70%, para ayudar a eliminar el residuo de agua (17).

En cuanto al almacenamiento se halló un procedimiento adecuado del 50%, al respecto, Márquez (18) encontró que el 100% del personal de enfermería realiza correctamente el almacenamiento guardando el equipo y las válvulas por separado en un lugar limpio y ventilado. Por esta razón, el almacenamiento viene a ser la última fase de todo el proceso y se realiza desarticulando el endoscopio, lubricar las partes de ser necesario y guardar el gastroscopio en un armario ventilado, sin humedad ni expuestos a altas temperaturas, colgar los endoscopios verticalmente manteniendo libre la punta distal (16).

Con relación a la desinfección se encontró un procedimiento adecuado en el 93%, igualmente Huamán (19) evidenció en un artículo que el cumplimiento de las directrices respecto a la desinfección fue del 100%. Es decir que, la desinfección debe realizarse con agentes químicos líquidos que penetren en todos los canales y lúmenes de los gastroscopios para eliminar todos los microorganismos (9).

Respecto al proceso completo de desinfección de alto nivel de los gastroscopios, se halló que es inadecuado en el 100% de procedimientos de endoscopia.

El procesamiento de endoscopios es un proceso complejo conformado por un conjunto de procedimientos secuenciales, los endoscopios son equipos de alta tecnología con un diseño y complicada estructura interna muy difíciles de limpiar y desinfectar, por lo que son dispositivos altamente contaminados, la tendencia actual orienta a la fabricación de nuevos diseños para facilitar el reprocesamiento. Es importante la elaboración de protocolos específicos, detallados, incluyendo instrucciones de uso y recomendaciones del fabricante(20).

La situación actual de pandemia se ha convertido en la principal limitación en el desarrollo del estudio, debido a la disminución de procedimientos programados de gastroscopía, motivo por el cual no se consideró un muestreo probabilístico y los resultados no pueden ser extrapolados ni generalizados a otros establecimientos de salud.

Los hallazgos de este estudio son relevantes en el contexto de la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud, ya que muestran la necesidad de la implementación de protocolos y sistemas de registro que garanticen que el DAN se desarrolle bajo las directrices internacionales, nacionales e institucionales. Este estudio recomienda la implementación del instrumento de Guía de observación de reprocesamiento de endoscopios, protocolizado, estandarizado y normado institucionalmente para que los procedimientos sean evaluados y supervisados por el profesional de enfermería de la Central de Esterilización, además se sugiere realizar estudios microbiológicos periódicamente para comprobar la eficacia del proceso de desinfección de alto nivel de los endoscopios, en vista de la existencia de equipos automáticos, se sugiere el reprocesamiento automatizado de los endoscopios, ya que han mostrado una calidad de evidencia alta en la DAN. Concluimos que el proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público de Ica-Perú 2021 es inadecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EsSalud. Manual de Procesos y Procedimientos de la Central de Esterilización. Lima Perú: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; 2013.
2. Ministerio de Salud. Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria. Lima Perú: MINSAL; 2002. p. 49.
3. Lozano C. [diapositiva]. Centrales de reprocesamiento de endoscopia. [Internet]; 2019. [Acceso 29 de diciembre del 2020]. 14 diapositivas. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/46dabfdb-7f30-48d6-bd30-da0c9cab184b>.
4. ECRI Institute. Los 10 primeros riesgos de la tecnología para el 2016. [Internet]; 2016 [acceso 26 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://www.elhospital.com/temas/Los-10-primeros-riesgos-de-la-tecnologia-medica-para-el-2016+110540?> p. 2.
5. Neyra L, Cárdenas G. Efectividad de la desinfección de alto nivel en los dispositivos médicos para prevenir infecciones en pacientes sometidos a procedimientos mínimamente invasivos. [tesis de especialidad]. Lima Perú: Universidad Norbert Wiener. [Internet]; 2017 [acceso 12 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2836>.
6. Pupuche M, Quiróz L. Procesos de Desinfección Seguros en la Central de Esterilización. [tesis de especialidad]. Lima Perú: Universidad Norbert Wiener. [Internet]; 2017 [acceso 19 de diciembre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/453>.
7. Rubio R. Eficacia de la desinfección de alto nivel en la desinfección de endoscopios. [tesis de especialidad]. Lima Perú: Universidad Norbert Wiener. [Internet]; 2017 [acceso 30 de setiembre del 2020]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UWIE_9e00316fa73481331f5fcc52e005bcf/Description.
8. Grupo de trabajo Tratamiento del instrumental. Manual. Método correcto para el tratamiento del instrumental. 11a ed. Alemania. 2017. p. 37.
9. Acosta-Gnass SI, De Andrade V. Manual de esterilización para centros de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 57.
10. Márquez JJ. Prácticas de medidas de bioseguridad en el reprocesamiento de los equipos endoscópicos por el personal de enfermería de la Clínica Internacional (sede Lima, 2016) [tesis de especialidad]. Lima Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2016.
11. Organización Panamericana de Salud. Manual de esterilización para centros de salud. p. 57:72.
12. World Gastroenterology Organisation. Actualización de la desinfección de endoscopios: Guía para un reprocesamiento sensible a los recursos. 2019. p. 5:9.
13. Mamani M. Proceso de limpieza y desinfección de endoscopios por el personal de enfermería de quirófano Hospital Seguro Social Universitario La Paz primer trimestre de la gestión. [tesis de especialidad]. La Paz Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. [Internet]; 2020 [acceso 06 de julio del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/24864>.
14. Antonini F, Gestaminza M, Laplumé H, Martínez A, Souto L, Weinstock D, et al. Guía Nacional de Limpieza y Desinfección de Endoscopios y material accesorios. Argentina. 2016. p. 5.
15. Lascano V, Paraje G, Páez P. Control de calidad microbiológico en la Desinfección de colonoscopios, gastroscopios y broncoscopios. [tesis de especialidad]. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. [Internet]; 2015 [acceso 07 de julio del 2021]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/>.
16. Hernández H. Limpieza, desinfección y almacenaje del endoscopio. In Hernández H, editor. Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Ciencias médicas; 2008. p. 232.
17. Albornoz H, Guerra S. Federación Médica del Interior. Manual de prevención de infecciones en procedimientos endoscópicos. Uruguay. 2008. p. 33.
18. Márquez J. Prácticas de medidas de bioseguridad en el reprocesamiento de los equipos endoscópicos por el personal de enfermería de la Clínica Internacional (sede Lima, 2016). [tesis de especialidad]. Lima Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal. [Internet]; 2016 [acceso 2 de enero del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3924>.
19. Huamán P. Eficacia de la desinfección de alto nivel en materiales médicos semicríticos para la disminución de la carga microbiana. [tesis de especialidad]. Lima Perú: Universidad Norbert Wiener. [Internet]; 2018 [acceso 03 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2520>.
20. Hernández-Soto E. Avance de recomendaciones en limpieza y desinfección-AEED. Enferm Endosc Dig. 2019;6(1): 31.





Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en un Hospital Público de Perú.

Ormeño-Soto Karen^{1,a}, Ybaseta-Soto Marjorie^{2,3,b,c}.

1. Hospital Santa María del Socorro, Ica Perú
2. Hospital Félix Torrealva Gutiérrez
3. Docente de la Universidad San Juan Bautista- Filial Ica, Ica, Perú.
a. Médico Cirujano. <https://orcid.org/0000-0001-8429-6547>

b. Médico Ginecólogo Obstetra
c. Maestría en Salud Pública <https://orcid.org/0000-0003-2707-5873>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.507>

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas y complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2019.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. De una población constituida por 145 adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto que fueron atendidas en un Hospital General de Ica en el año 2019. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas, ingresaron al estudio las que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** El 95% pertenecían a la adolescencia tardía, eran solteras (51%), contaban con secundaria completa (59%), vivían en zona urbana (64%), eran dependientes (79%), no CPN (51%), primípara (85%), nacimientos a término (79%), tuvieron parto distócico (38%), preeclampsia (24.1%), desgarro vulvoperineal (16.12%); retención de membranas placentarias (8.06%), fase activa prolongada (11.29%) y expulsivo prolongado 9(7.25%).

Conclusión: El parto en la adolescencia es factor de riesgo para presentar una complicación obstétrica durante el parto.

Palabras clave: Parto; Adolescencia; complicaciones; Hemorragias.

ABSTRACT

Objective: To identify the sociodemographic characteristics and obstetric complications during childbirth in adolescents treated at the Santa María del Socorro Hospital in Ica in 2019.

Materials and methods: A descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out. From a population made up of 145 adolescents who had complications during childbirth who were treated at a General Hospital in Ica in 2019. Data were collected from medical records, those who met the inclusion criteria entered the study. **Results:** 95% belonged to late adolescence, were single (51%), had completed high school (59%), lived in urban areas (64%), were dependent (79%), not CPN (51%), primiparous (85%), term births (79%), had dystocic delivery (38%), preeclampsia (24.1%), vulvoperineal tear (16.12%); retention of placental membranes (8.06%), prolonged active phase (11.29%) and prolonged expulsive phase 9 (7.25%). **Conclusion:** Childbirth in adolescence is a risk factor for presenting an obstetric complication during childbirth.

Keywords: Birth; Adolescence; complications; Bleeding.

Correspondencia:

Karen Ormeño Soto
Dirección: Calle Fermín Tangüis J-152 Urb. San Miguel, Ica, Perú.
Correo electrónico: karenormeño@gmail.com
Número de teléfono celular: (+51) 940 157 684

Artículo original derivado de una investigación formativa y proyección social. Facultad de Odontología. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Agosto del 2022.

Contribuciones de autoría:

KOS: participaron en la elaboración del estudio, diseño metodológico, redacción, análisis, revisión y aprobación del manuscrito.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses del autor o autores de orden económico, institucional, laboral o personal.

Financiamiento:

autofinanciado.

Cómo citar:

Karen Ormeño-Soto, Marjorie Ybaseta-Soto. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en un Hospital Público de Perú. Rev méd panacea 2022;11(3):105-115. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.507>

Recibido: 24 - 09 - 2022
Aceptado: 08 - 11 - 2022
Publicado: 12 - 12 - 2022

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un aumento en la incidencia del embarazo adolescente, siendo un gran problema de salud pública tanto nacional y mundial. Generando factores condicionantes a problemas familiar, sociocultural y problemas gineco-obstétricos, que incluyen complicaciones perinatales como retardo del crecimiento intrauterino, infección urinaria, parto prematuro, anemia y complicaciones obstétricas (1,2).

A nivel mundial, a fines del siglo XX, se estimó que en un 25% aproximadamente de nacimientos fueron de mujeres adolescentes en países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que: "16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años tiene su parto cada año"(2,3).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] estima que durante el año 2016: "11,272 adolescentes, menores de 15 años fueron madres, asimismo de todos los nacimientos que ocurren al día, 3 a 4 nacimientos son de adolescentes menores de 15 años. Además, 15 de cada 100 adolescentes entre los 15 y 19 años han sido madres o están embarazadas"(4).

El embarazo y maternidad en adolescentes es un hecho que ha ido en aumento en el transcurrir de los últimos años, y con ello la asociación con un elevado riesgo de desarrollar distintas complicaciones obstétricas y perinatales (5).

Entre los factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y de su producto se pueden identificar asociado a la etapa preconcepcional (edad materna, estado civil, grado de instrucción, paridad y otros) así como también se encuentran las diversas patologías propias del embarazo.

Por lo tanto este estudio tiene por finalidad determinar si la gestación durante la adolescencia está asociado con un aumento de las complicaciones del parto en el "hospital Santa María Del Socorro de Ica", Perú en el año 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas. Transversal.- Ya que se tomó los datos en una sola ocasión y no fue necesario el control en el presente caso descrito. Retrospectivo.- Ya que se tomaron los datos de las pacientes atendidas en el periodo descrito.

Nivel de investigación

Es de nivel descriptivo, observacional.

Diseño de investigación

El diseño descriptivo

Población

La población objeto de investigación abarcó todas las pacientes adolescentes embarazadas que se atendió el parto en el HSMSI, durante el año 2019.

Muestra

La muestra ha sido obtenida aplicando la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra, para ello el índice de confianza es del 95%, con margen de error del 5% y una proporción de similitud del 50%.

Cálculo de la Muestra:

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida		
$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$		
Tamaño de la población	N	231
Nivel de significancia Alfa	$\alpha=5\%$	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de ($\alpha/2$)	Z ($\alpha/2$)	1.96
Casos favorables	p=50%	0.50
Casos desfavorables	q=1-p=50%	0.50
Precisión	d	0.05
Tamaño de la muestra	n	144.49

SHEVISHEV	
nivel de significancia	10%
α	5% 5/100=0.05
	1%
	90%
Nivel de confianza 1- α	95% 95/100=0.95
	99%

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

Donde:

N= Tamaño de la población

n= Tamaño de la Muestra

Z= Valor dado con un nivel de confianza del 95%

P= Probabilidad de éxito

q= 1 – p corresponde a la probabilidad de fracaso

e= margen de error

Z= 1.96

p = 0.5, Proporción de mujeres adolescentes que presentan complicaciones durante el parto.

q = 0.5, Proporción de mujeres adolescentes que no presentan complicaciones durante el parto.

E= 0.05, Nivel de Precisión

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita, considerando para ello "p" (proporción de complicaciones del parto en adolescentes) como 0.50, un nivel de confianza de 95% y el error de estimación de 0.05, teniendo como referencia según la Oficina de Estadística e Informática que el año 2019 hubo un total de 231 atenciones por parto en adolescentes a en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. Obteniendo una muestra de 145.

Al aplicar la formula, nuestra muestra estaría conformada por:

n = 145 Mujeres

Tamaño muestral

La muestra consta de 145 adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital Santa María del Socorro. Pacientes que cumplen con los mencionados criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Se incluyeron en el presente estudio, pacientes adolescentes embarazadas, con o sin asociación de complicaciones durante el parto.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no tengan los datos completos en la historia clínica o no cumplan con los criterios de inclusión.

Aspectos Éticos de la Investigación

Los datos que se recabados de las historias clínicas es de uso confidencial y solo para la investigación. La información recabada y los resultados serán publicados de manera exacta, sin realizar modificaciones a fin de favorecer al investigador. De esta manera el presente estudio reúne principios éticos de la Declaración de Helsinki, adoptada en la Asamblea Medica Mundial en el año 1964.

Así mismo el presente trabajo de investigación pasó revisión por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

El presente trabajo será publicado en la Revista Médica Panacea de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga.

Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de datos estuvo a cargo del investigador. Para la recolección de datos se tuvo una ficha de recolección. La ficha de recolección de datos fue tomada de la Tesis titulada: "Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el hospital provincial general de Latacunga, en el período marzo - junio del 2013, siendo los autores: Robayo Villafuerte y Washington Marcelo (6) que fue validada y utilizada, incluyendo como variables: edad materna, edad gestacional, control prenatal, paridad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, desgarros vulvoperineal, desgarro de vagina, desgarro de cuello uterino, hemorragia, atonía uterina, histerectomía,

Los pacientes que ingresaron al estudio están registrados en el libro de hospitalización de Emergencia de Gineco-Obstetricia del HSMSI. Las pacientes con historias clínicas completas ingresaron al estudio y se procedió a recoger la información necesaria para la elaboración del presente trabajo, en concordancia con las variables, mediante la aplicación de una ficha confeccionada especialmente para el estudio.

Sólo se tomaron de las Historias Clínicas de las pacientes que ingresaron al estudio, los datos referentes al objetivo del trabajo y al contenido de la ficha de recolección de datos, manteniendo en reserva cualquier otra información adicional contenida dentro de la historia clínica, protegiendo así, la confidencialidad de las pacientes.

Se realizará las gestiones para que Dirección de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, quien autorizó la ejecución del presente proyecto.

Para recolectar los datos se realizó la siguiente secuencia:

1. Se obtuvo autorización de la dirección del Hospital Santa María del Socorro para extraer datos de las Historias clínicas de los adolescentes que tuvieron su parto en la institución mencionada.
2. A su vez se presentó el Proyecto de tesis al comité de Investigación y Ética del Hospital Santa María del Socorro.
3. El presente trabajo fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación, quien en un lapso de 6 meses aprobó el Proyecto, emitiéndose una resolución de aprobación.
4. Se procedió a recolectar los datos en una hoja de Excel para poder codificarlos.

Técnicas de Análisis e Interpretación de Resultados

Mediante el programa SPSS 24, con este programa se procederá a realizar se realizó el cálculo la frecuencia de las variables estudiadas para cada grupo de gestantes, la media y desviación estándar para las variables numéricas. Se utilizó la prueba de χ^2 para el análisis comparativo de cada grupo de estudio.

Como base de datos y para el procesamiento se calculó la prueba χ^2 para probar independencia o asociación.

RESULTADOS

En el año 2019 hubo 2221 nacimientos en el HSMSI de ellos 231(10.4%) fueron partos en adolescentes, según formula finita se ha considerado 145 historias clínicas de pacientes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

En la tabla 1. Del total de pacientes considerados para el estudio 145 (100%) se encontró en el grupo de adolescentes de edades entre 15 a 19 años fue de 137(95%); la mayoría eran solteras 73(51%); En cuanto al grado de instrucción la mayoría contaba con secundaria completa 85(59%); La mayoría era de procedencia urbano 93(64%) y en su mayoría de adolescentes eran dependientes 115 (79%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI, 2019.			
Variable		n(145)	%
Edad Materna	10-14 años	8	5
	15-19 años	137	95
Estado civil	Soltera	73	51
	Casada	0	
	Divorciada	0	
	Conviviente	72	49
Grado de Instrucción	P. incomplet	0	0
	P.completa	10	7
	S. incomplet	39	27
	S. completa	85	59
	S. incomplet	11	7
Procedencia	Rural	52	36
	Urbano	93	64
Ocupación	Dependiente	115	79
	Independier	30	31

Tabla 2. Respecto a las características obstétricas se encontró que 77(53.1%) no tenían control prenatal; tuvieron un aborto 140(97%); respecto a la paridad 124(85%) tuvieron 1 parto; la mayoría de los nacimientos fueron a término 115(79%) y 90 (38%) tuvieron parto distócico.

Se realizará las gestiones para que Dirección de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, quien autorizó la ejecución del presente proyecto.

Para recolectar los datos se realizó la siguiente secuencia:

1. Se obtuvo autorización de la dirección del Hospital Santa María del Socorro para extraer datos de las Historias clínicas de los adolescentes que tuvieron su parto en la institución mencionada.
2. A su vez se presentó el Proyecto de tesis al comité de Investigación y Ética del Hospital Santa María del Socorro.
3. El presente trabajo fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación, quien en un lapso de 6 meses aprobó el Proyecto, emitiéndose una resolución de aprobación.
4. Se procedió a recolectar los datos en una hoja de Excel para poder codificarlos.

Técnicas de Análisis e Interpretación de Resultados

Mediante el programa SPSS 24, con este programa se procederá a realizar se realizó el cálculo la frecuencia de las variables estudiadas para cada grupo de gestantes, la media y desviación estándar para las variables numéricas. Se utilizó la prueba de χ^2 para el análisis comparativo de cada grupo de estudio.

Como base de datos y para el procesamiento se calculó la prueba χ^2 para probar independencia o asociación.

RESULTADOS

En el año 2019 hubo 2221 nacimientos en el HSMSI de ellos 231(10.4%) fueron partos en adolescentes, según formula finita se ha considerado 145 historias clínicas de pacientes adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

En la tabla 1. Del total de pacientes considerados para el estudio 145 (100%) se encontró en el grupo de adolescentes de edades entre 15 a 19 años fue de 137(95%)→; la mayoría eran solteras 73(51%); En cuanto al grado de instrucción la mayoría contaba con secundaria completa 85(59%); La mayoría era de procedencia urbano 93(64%) y en su mayoría de adolescentes eran dependientes 115 (79%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes que tuvieron complicaciones durante el parto en el HSMSI, 2019.			
Variable		n(145)	%
Edad Materna	10-14 años	8	5
	15-19 años	137	95
Estado civil	Soltera	73	51
	Casada	0	
	Divorciada	0	
	Conviviente	72	49
Grado de Instrucción	P. incomplet	0	0
	P.completa	10	7
	S. incomplet	39	27
	S. completa	85	59
	S. incomplet	11	7
Procedencia	Rural	52	36
	Urbano	93	64
Ocupación	Dependiente	115	79
	Independier	30	31

Tabla 2. Respecto a las características obstétricas se encontró que 77(53.1%) no tenían control prenatal; tuvieron un aborto 140(97%); respecto a la paridad 124(85%) tuvieron 1 parto; la mayoría de los nacimientos fueron a término 115(79%) y 90 (38%) tuvieron parto distócico.

Tabla 2. Características obstétricas de las adolescentes que tuvieron su parto en el HSMSI, 2019.				
Variable			n(145)	%
Número de CPN				
		0	77	53.1
		1 a 5	30	20.68
		> 5	38	26.2
Número de abortos				
		0	0	0
		1	140	97
		2	5	3
		> 2	0	0
Paridad				
		1	124	85
		2 a 3	20	14
		>3	1	1
Edad gestacional				
		Pretérmino	23	16
		A término	115	79
		Post término	7	5
Tipo de parto				
		Eutocico	90	62
		Distocico	55	38

Tabla 3. Respecto a las complicaciones durante el parto vaginal se tuvieron preeclampsia 30(24.1%); seguido del desgarro vulvoperineal en número de 20(16.12%); retención de membranas placentarias 10(8.06%), fase activa prolongada 14 (11.29%) y expulsivo prolongado 9(7.25%).

Tabla 3. Complicaciones del parto vaginal en adolescentes que tuvieron su parto vaginal en el HSMSI, 2019.				
Variable			n(145)	%
Hiperdinamia uterina				
			3	2.41
DPP				
			2	1.62
Preeclampsia				
			30	24.1
Fase latente prolongada				
			7	5.65
Fase activa prolongada				
			14	11.29
Desgarro vulvoperineal				
			20	16.12
Desgarro de vagina				
			6	4.84
Desgarro de cérvix				
			6	4.84
Atonía uterina				
			5	4.1

Hemorragia uterina			7	5.65
Ruptura uterina			0	0
Retención de membranas				
placenta			10	8.06
Expulsivo prolongado				
			9	7.25
Hematomas post episiografía			5	4.03
Total			124	99.96

Tabla 4. En cuanto al parto abdominal la mayoría de las complicaciones fueron atonía uterina y hemorragias con 9 (47.36%) respectivamente.

Tabla 4. Complicaciones del parto abdominal en adolescentes atendidas en el HSMI, 2019.				
Variable			n(145)	%
Atonia uterina			9	47.36
Visceral (vejiga)			1	5.26
Hemorragia			9	47.36
Histerectomia			0	0
Otros			0	0
Total			19	99.98

Tabla 5. En cuanto a las complicaciones del parto la mayor frecuencia de complicaciones se dio en el grupo de edades de 15 a 19 años y al comparar ambos grupos se halló una cifra estadísticamente significativa.

Tabla 5. Complicaciones del parto en adolescentes según edad materna.					
Complicaciones del parto	Edad materna				p-valor
	10-14 años		15-19 años		
	F	%	F	%	
Hiperdinamia	1	14,3	0	0,0	0,000
DPP	0	0	1	0,7	
Pre eclampsia	2	28,6	19	13,8	
Fase latente prolongada	0	0	4	2,9	
Fase activa prolongada	0	0	11	8	
Desgarro vulvoperineal	2	28,6	56	40,6	
Desgarro de vagina	2	28,6	3	2,2	
Desgarro de cérvix	0	0	4	2,9	
Hemorragia	0	0	8	5,8	
Retención de restos plac.	0	0	11	8	
Expulsivo prolongado	0	0	4	2,9	
Hematomas, dehiscencia d	0	0	11	8	
Ninguno	0	0	6	4,3	
Total	7	100	138	100	

Tabla 6. Al comparar las complicaciones del parto por estado civil entre soltera y convivientes no se halló diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 6. Complicaciones del parto en adolescentes según estado civil						
Complicaciones del parto	Estado civil				p-valor	
	Soltera		Conviviente			
	F	%	F	%		
Hiperdinamia	1	1.5	0	0	0,206	
DPP	0	0	1	1.3		
Pre eclampsia	15	22.1	6	7.8		
Fase latente prolongada	3	4.4	1	1.3		
Fase activa prolongada	6	8.8	5	6.5		
Desgarro vulvoperineal	26	38.2	32	41.6		
Desgarro de vagina	2	2.9	3	3.9		
Desgarro de cérvix	1	1.5	3	3.93		
Hemorragia	3	4.4	5	6.5		
Retención de restos plac.	4	5.9	7	9.1		
Expulsivo prolongado	2	2.9	2	2.6		
Hematomas, dehiscencia d	5	7.4	6	7.8		
Ninguno	0	0	6	7.8		
Total	68	100	77	100		

Tabla 7. Con respecto a las complicaciones del parto según control prenatal, al comparar los grupos sin CPN y el grupo que tuvo algún número de CPN no se halló cifra estadísticamente significativa.

Tabla 7. Complicaciones del parto vaginal, según control prenatal						
Complicaciones	Control prenatal				p-valor	
	Sin control		Con controles			
	F	%	F	%		
Hiperdinamia	1	1.3	0	0	0,194	
DPP	0	0	1	1.5		
Pre eclampsia	14	18.2	7	10.3		
Fase latente prolongada	3	3.9	1	1.5		
Fase activa prolongada	7	9.1	4	5.9		
Desgarro vulvoperineal	26	33.8	32	47.1		
Desgarro de vagina	4	5.2	1	1.5		
Desgarro de cérvix	3	3.9	1	1.51		
Hemorragia	1	1.3	7	10.3		
Retención de restos plac.	8	10.4	3	4.4		
Expulsivo prolongado	2	2.6	2	2.9		
Hematomas, dehiscencia d	5	6.5	6	8.8		
Ninguno	3	3.9	3	4.4		
Total	77	100	68	100		

Tabla 8. Con respecto a las complicaciones del parto abdominal al comparar la población que no tuvo CPN y las que tuvieron CPN inadecuado se halló una cifra menor a 0.05 que indica que hay una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 8. Complicaciones del parto por cesarea, según control prenatal										
Control Prenatal	Atonía uterina		Visceral		Hemorragia		Ninguno		p-valor	
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sin control	0	0	0	0	1	1.3	76	71.69	0.004	
1-5 controle	3	4.4	1	1.5	2	2.9	30	28.3		
Total	3	2.1	1	0.7	3	2.1	106	99.99		

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que en el año 2019 el 10.4 % de partos fueron adolescentes, porcentaje es inferior al reportado por Wilcamango S (12.6%) (7) en los años 2014 al 2016 y por INEI (13.4%) (8); pero ligeramente superior al encontrado por Aparicio J (9) en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre 2009 y 2013, quien informó una incidencia de 10.34%.

Del total de complicaciones del parto en adolescentes el 95% pertenecía al grupo de 14 a 19 años ligeramente inferior al encontrado por Wilcamango S (96.3%) (6) y al de Aparicio J (10), quien, en su estudio encontró que el 99.7%, pero cifra superior al encontrado por Caño D (82%) (11). Se deduce que esto es debido a que a mayor edad existe mayor posibilidad de tener un embarazo. Se encontró también predominancia del estado civil soltera (51%) cifra mayor fue encontrado por Aparicio J (8) donde encuentra predominancia del grupo solteras con (68,7%), en el estado civil conviviente se halló (49%) cifra mayor encontrada por Wilcamango S (80.8%) (6), mientras que Aparicio J (8) encuentra una cifra menor (30.7%).

Respecto al grado de instrucción, de nuestras adolescentes que tuvieron complicaciones, la mayoría contaba con secundaria completa (59%), seguido de secundaria incompleta con 27%. Esto coincide con Claros (9), quien encontró que el 42.9% tenía secundaria incompleta; congruente con Caño D (10) (50) que encontró que el 63% tenía secundaria en general. Aparicio J (8), en cambio reporta una predominancia de la educación secundaria completa, coincidiendo, en general, con estos autores respecto a la educación secundaria. Sin embargo, el INEI (7), ha reportado que las adolescentes que ya eran madres tenían predominantemente educación primaria (39.1%); esto se puede deber a que en INEI se reporta a la población peruana en general, en cambio este estudio tiene mayor población de la zona urbana por ende tiene mayor acceso a la educación.

En nuestro estudio se encontró que 53.1% de los pacientes que tuvieron complicaciones durante el parto no tuvieron CPN, que puede ser un subregistro debido a que pacientes controladas en puestos o centros de salud de los distritos de Ica no traen o simplemente no se copian los CPN en la historia clínica perinatal del HSMSI, sin embargo Wilcamango S(6) halló 70,7% en el INMP, Aparicio J (8) en el Hospital Nacional Dos de Mayo, quien encontró que solo el 35.7% tuvo CPN en el Hospital Nacional Dos de Mayo. También hay cifras que difieren con nuestro hallazgo de CPN adecuado 26.1% como Claros en el Hospital de Huaral (9) y a Valdivia(12) en el Hospital San Bartolomé, los cuales informaron que el 63% y 75.1%, respectivamente. En nuestro estudio se encontró que el 70.7% de las pacientes fueron gestantes no controladas o con controles insuficientes. Esto se puede explicar, en parte, debido a un registro inadecuado de los controles realizados en los centros de salud u hospitales de menor nivel de donde fueron referidas dado que, no existe un sistema de salud integrado. Este hallazgo es similar al reportado por Aparicio J (8) en el Hospital Nacional Dos de Mayo, quien encontró que solo el 35.7% de multigestas adolescentes tuvo controles prenatales adecuados y diferente a Claros en el Hospital de Huaral (9) y a Valdivia (13)(14) en el Hospital San Bartolomé, los cuales informaron que el 63% y 75.1%, respectivamente, tuvo controles prenatales adecuados.

Al analizar la paridad de las adolescentes, se notó que el 85% presentó una paridad, siendo las adolescentes tardías las que presentan el mayor índice de paridad, llegando a tener incluso 3 gestaciones parecido al 90 % encontrado por Robayo W en el Hospital General de Latacunga (7).

Sobre la vía de culminación del embarazo el 38% fueron parto abdominal ligeramente mayor al encontrado por Wilcamango S (6) en Perú y Gallardo H et al en Colombia (14) respectivamente y similar al 39 % encontrado por Hernández C et al. en México (15) (11). Cabe decir que la tasa ideal de cesáreas es de 10 a 15 % (6) y se puede estar incrementando el riesgo de complicaciones de causa quirúrgica.

Vallejo B (8) refiere que el embarazo en adolescentes se asocia a resultados gineco obstétricos adversos entre ellos la complicación del parto.

En nuestro estudio se demostró que el embarazo en adolescentes se asocia a complicaciones del parto (8) dentro las principales complicaciones evidenciadas fueron preclampsia preexistente que complica el parto 24.1% y desgarro vulvo perineal 16.12% mientras que Izaguirre A et al. (11) en Honduras en el año 2015 encuentra 6% y 5% respectivamente siendo estas cifras menores.

En cuanto a la retención de membranas placentarias se encontró 6% mientras que FLASOG (12) publica que en Chile se dio un 2% en mujeres menores de 15 años.

Con respecto a la fase activa prolongada y expulsivo prolongado 11.29% y 7.25% respectivamente en el estudio que hace FLASOG en países de Chile y Brasil halla una cifra del 4.22% en estos casos.

Con respecto a las complicaciones de las cesáreas encontramos cifras de 47.36% tanto para atonía uterina y hemorragias.

En cuanto al parto abdominal la mayoría de las complicaciones fueron atonía uterina y hemorragias con 9 (47.36%) respectivamente.

Se halló asociaciones entre las complicaciones del parto y la edad de la adolescencia tardía y el no CPN al aplicar la prueba chi cuadrado dando cifras menores a 0.05

CONCLUSIONES

Las características epidemiológicas de las adolescentes con complicaciones del parto fueron las siguientes: la mayoría se encuentra en la adolescencia tardía, son convivientes, con educación secundaria completa, son dependientes, no tienen CPN y han tenido parto vaginal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José Sandoval, Fanny Mondragón MÓ. 1. document. Rev Peru Ginecología y Obstet. 2007;53(1):28–34.
2. Tay F, Puell L, Neyra L, Seminario A. Embarazo En Adolescentes: Complicaciones Obstétricas. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2015;45(3):179–82.
3. Céspedes C, Robles C. NIÑAS Y ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEUDAS DE IGUALDAD. Cepal. 2018;19.
4. Nacional y Departamental Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Internet]. Available from: www.inei.gob.pe
5. UNICEF. La niñez y adolescencia en Perú [Internet]. Lima, Perú; Available from: <https://www.unicef.org/peru/ninez-y-adolescencia-en-peru>
6. Villafuerte R, Marcelo W. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE MEDICINA 2013" "(para optar por el Título de Médico). 2014. 70 p.
7. Vallejo J. Embarazo en adolescentes complicaciones. Rev Medica Costa Rica y Centroam. 2013;(605):65–9.
8. María D, Nolzco L, Laura D, Rodríguez Y. MORBILIDAD MATERNA EN GESTANTES ADOLESCENTES. 2006.
9. Aparicio J. 6. a3. DIAGNÓSTICO. 2015;54(3):127–30.
10. Sáez V. Embarazo y Adolescencia. Resultados Perinatales. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2005;31(2):0–0.
11. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2002;28(2):84–8.
12. Rodrigo Gallardo-Lizarazo H, Sofía Guerrero-Romero I, Ernesto Niño-González J, Villaveces-Franco M. Adolescencia materna y su asociación con la realización de cesárea [Internet]. Available from: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
13. Aguilar-Alarcón S, Zaguma-Serna S, García-Heredia M, Meléndez-De La Cruz R. Perfil de la madre adolescente primípara, en el servicio de puerperio de un hospital nacional de Lima. Rev enferm Hered. 2014;7(2):162–9.
14. Ivan P. FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (FLASOG) COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.
15. México Hernández-Jiménez T, Borbolla-Sala C, Ramírez-Aguilera ME, Patricia J. Salud en Tabasco. 2015;21(2):85–92. Available from: <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>





Principales manifestaciones renales en el paciente con síndrome post-COVID-19: Aspectos clínicos.

Main renal manifestations in patients with post-COVID-19 syndrome: clinical aspects.

Serna-Trejos Juan Santiago^{1,a}, Bermudez-Moyano Stefanya Geraldine^{2,b}, Diaz- Giraldo Valentina^{3,c}.

1. Departamento de Epidemiología, Universidad Libre – Seccional Cali. Cali, Colombia; Departamento de Docencia Universitaria, Universidad Piloto - Bogotá, Colombia; Instituto Nacional de Salud. Bogotá Colombia; Grupo interdisciplinario de investigación en epidemiología y salud pública, Cali, Colombia, Hospital Universitario del Valle, Unidad de Cuidado Intensivo, Cali-Colombia.

2. Programa de Medicina Universidad Santiago de Cali, Cali - Colombia; Hospital Universitario del Valle, Unidad de Cuidado Intensivo, Cali- Colombia.

3. Programa de Medicina Universidad Libre Seccional Cali, Cali - Colombia

a. <https://orcid.org/0000-0002-3140-8995>

b. <https://orcid.org/0000-0002-2259-6517>

c. <https://orcid.org/0000-0001-8920-5560>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.509>

Señor Editor:

La infección generada por SARS-CoV-2 generó un despliegue amplio en la generación de literatura en relación a las complicaciones generadas en los diferentes tejidos y por consiguiente sistemas, esto se traduce en complicaciones propias a estados agudos de la infección por SARS-CoV-2 como las secuelas temporales o permanentes en el paciente que cursó con la infección, dichas complicaciones suelen aparecer en los primeros 3 meses posterior a la exposición e infección del virus, dicho periodo ha generado una amplia aparición de signos y síntomas que se enmarcan dentro del síndrome POST-COVID (SPC) (1).

El tejido renal tiene gran expresión de receptores de enzima convertidora de angiotensina - 2 (ACE-2) específicamente localizados a nivel de túbulos proximales y podocitos parietales (figura 1), siendo blanco de interacción directa con el virus, puesto que se ha demostrado su gran afinidad por estos receptores, generando grandes cambios inflamatorios a este nivel traducidos en trastornos de coagulación e isquemia, los cuales confluyen en manifestaciones relacionadas a lesión renal aguda (2).

La enfermedad renal crónica (ERC) predispone a mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2 y por tanto a complicaciones propias de la misma, en estados agudos de la infección se ha demostrado un aumento en la tasa de proteinuria, hematuria asociados a disminución abrupta de la tasa de filtración glomerular, generado la necesidad de emplear hemodiálisis en los casos más severos de pacientes con enfermedad renal crónica agudizada (3). De forma complementaria se ha documentado afecciones como la lesión renal aguda (IRA) predisponen a ERC y su progresión la cual empeora acorde a la gravedad de la IRA como en el caso de la infección por SARS-CoV-2. Lo anterior obedece a lo demostrado en el estudio realizado por Hultstrom et al. donde se describió los desenlaces renales de 60 pacientes que tras su ingreso a UCI requirieron de terapia de reemplazo renal (TRR) o diálisis en un 10% de los participantes, dicha población al término de 3-6 meses, el 16% mostraron empeoramiento de su tasa de filtración glomerular (TFG) quedando en estadios más avanzados de ERC, incluso 1 paciente quedó dependiente de TRR (4). En contraste al estudio mencionado anteriormente, los resultados obtenidos por Stockmann et al donde evaluaron 74 pacientes ingresados a UCI que requirieron TRR por empeoramiento de su IRA, algunos desenlaces fatales se asociaron a uso de ECMO, otros desenlaces en el tiempo mostraron en el seguimiento de los pacientes sobrevivientes la dependencia de TRR del 10% aproximadamente de este grupo de pacientes (5).

Otro aspecto importante que impacta en el SPC sobre el tejido renal es la pérdida de peso grave, la cual impacta de forma negativa en el paciente con ERC preexistente secundario a la sarcopenia y a la respuesta inflamatoria ocasionada por el virus(6). Los hallazgos anatomopatológicos realizados mediante biopsias en pacientes que tuvieron infección por SARS-CoV-2 se relacionaron con hallazgos de lesión tubular aguda en paciente con proteinuria, como cambios de glomerulopatías colapsantes, otros hallazgos incidentales se relacionaron con microangiopatía trombótica (7,8). Un estudio realizado por Santoriello et al en paciente postmortem que presentaron infección por SARS-CoV-2, mostro que en 42 pacientes incluidos en el estudio mediante hallazgos de visualización por microscopía de tejido renal, el hallazgo mas frecuente fue lesión tubular aguda como arterioesclerosis hipertensiva, glomeruloesclerosis diabética y glomerulopatías colapsantes (9).

Es necesario para el pronóstico de los pacientes en el SPC a nivel renal, tratar adecuadamente y oportunamente las comorbilidades preexistentes a la infección por SARS-CoV-2 puesto que algunas patologías crónicas como la hipertensión arterial y diabetes mellitus generan un empeoramiento en la ERC sumado a la exacerbación de la misma en un estadio de viremia generando un componente de IRA en la ERC preexistente.

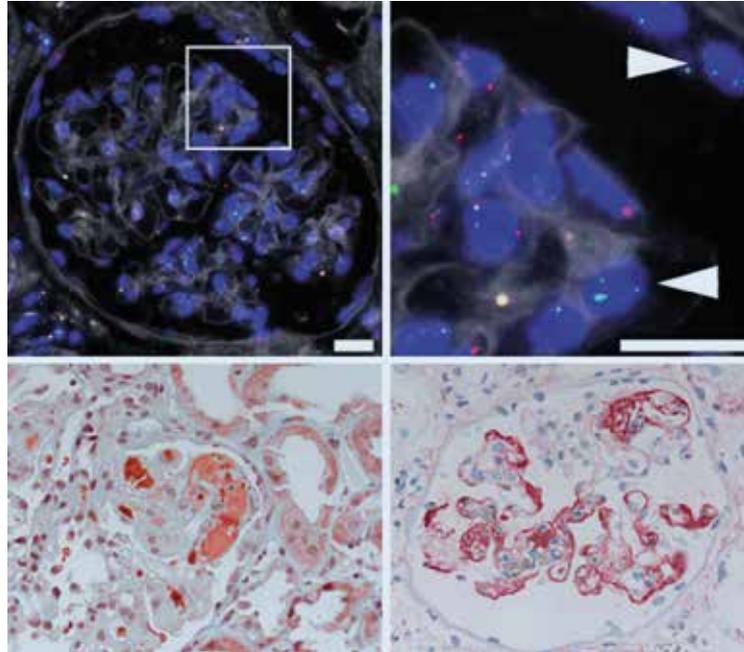


Figura 1: Detección del virus SARS-CoV-2 en el riñón asociado a cambios glomerulares característicos.

Descripción: Se observa en los distintos cortes mediante técnicas de hibridación con fluorescencia (FISH) la expresión del virus SARS-CoV-2 y su receptor de ACE-2 (10).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montani D, Savale L, Noel N, Meyrignac O, Colle R, Gasnier M, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Eur Respir Rev* [Internet]. 2022;31(163):601–15. Available from: 10.1007/s00292-020-00900-x
2. Susan J. Allison. SARS- CoV-2 infection of kidney organoids prevented with soluble human ACE2. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2021;16(June):316–316. Available from: 10.1038/s41581-020-0291-8
3. Yichun Cheng. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int* [Internet]. 2020;97(1):1–12. Available from: 10.1016/j.kint.2020.03.005
4. Hultström M, Lipcsey M, Wallin E, Larsson IM, Larsson A, Frithiof R. Severe acute kidney injury associated with progression of chronic kidney disease after critical COVID-19. *Crit Care* [Internet]. 2021;25(1):25–8. Available from: 10.1186/s13054-021-03461-4
5. Helena Stockmann. High rates of long-term renal recovery in survivors of coronavirus disease 2019–associated acute kidney injury requiring kidney replacement therapy. *Kidney Int* [Internet]. 2021;99(January):2020–2. Available from: 10.1016/j.kint.2021.01.005
6. Filippo L Di. COVID-19 is associated with clinically significant weight loss and risk of malnutrition, independent of hospitalisation: A post-hoc analysis of a prospective cohort study. *Clin Nutr* [Internet]. 2021;40(January):2420–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.10.043>
7. Akilesh S, Nast CC, Yamashita M, Henriksen K, Charu V, Troxell ML, et al. Multicenter Clinicopathologic Correlation of Kidney Biopsies Performed in COVID-19 Patients Presenting With Acute Kidney Injury or Proteinuria. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2021;77(1):82–93.e1. Available from: 10.1053/j.ajkd.2020.10.001
8. Svetitsky S, Shuaib R, McAdoo S, Thomas DC. Long-term effects of Covid-19 on the kidney. *An Int J of Medicine* [Internet]. 2021;114(9):621–2. Available from: 10.1093/qjmed/hcab061
9. Santoriello D, Khairallah P, Bombach AS, Xu K, Kudose S, Batal I, et al. Postmortem Kidney Pathology Findings in Patients with COVID-19. *J Am Soc Nephrol* [Internet]. 2020;31(9):2158–67. Available from: 10.1681/ASN.2020050744
10. Amann K, Boor P, Wiech T, Singh J, Vonbrunn E, Knöll A, et al. COVID-19 effects on the kidney. *Pathologie* [Internet]. 2021;42(387509280):76–80. Available from: 10.1007/s00292-020-00900-x



Correspondencia:

Nombre: Juan Santiago Serna-Trejos
Correo: juansantiagosernatrejos@gmail.com

Contribuciones de autoría:

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción de borrador- redacción del manuscrito final, revisión y aprobación del manuscrito.

Conflicto de intereses:

Los autores no declaran conflictos de interés.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Cómo citar

Serna - Trejos Juan Santiago, Bermudez - Moyano Stefanya Geraldine, Diaz - Giraldo Valentina. Principales manifestaciones renales en el paciente con síndrome post-COVID-19: Aspectos clínicos. *Rev méd panacea* 2022;11(3):116-118.

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i3.509>

INSTRUCCIONES PARA AUTORES REVISTA MÉDICA PANACEA

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 GALERÍA 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 de 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 iniciará 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 iniciará 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	Min. 3	Estructurado	Max. 7	Max. 40
	250 palabras	Max. 8	4000 palabras		
Original breve	Estructurado	Min. 3	Estructurado	Max. 4	Max. 15
	150 palabras	Max. 5	2000 palabras		
Artículo de revisión	No estructurado	Min. 3	No estructurado	Max. 10	Max. 100
	250 palabras	Max.8	4500 palabras		
Forum	No estructurado	Min. 3	No estructurado	Max. 8	Max. 40
	300 palabras	Max. 8	4000 palabras		
Reporte de caso	No estructurado	Min. 3	Estructurado	Max. 4	Max.15
	150 palabras	Max.5	2000 palabras		
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 utilizará 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 utilizará 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 conflictos 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 correspondiente 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.



INDICE 81

EDITORIAL
 Turnitin no determina plagio.
 Ybaseta Medina Jorge 82

ARTICULOS ORIGINALES
 Autopercepción del estado de salud y capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería. / Self-perception of health status and self-care capacity in university nursing students.
 Fuentes Heredia Adrian Eduardo, Pastor Ramirez Norma. 84

Uso de lactancia materna y relación con el estado nutricional en infantes menores de seis meses. Hospital general de Perú. / use of breastfeeding and relationship with the nutritional status in infants under simonths. General hospital of Perú.
 Flores Chuquitay María Fernanda. 90

Proceso de desinfección de alto nivel de gastroscopios en un hospital público Ica, Perú 2021. / High-level disinfection process for gastroscopes in a public hospital Ica, Peru 2021.
 Bendezú Sarcines Carmen Emilia, Sauñe Oscco Wilson, Aquije Paredes Carmen del Rosario, Oscco Torres Olinda. 99

Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en un I Hospital Público de Perú.
 Ormeño Soto Karen, Ybaseta Soto Marjorie. 105

CARTA AL EDITOR
 Principales manifestaciones renales en el paciente con síndrome post-COVID-19: Aspectos clínicos. / Main renal manifestations in patients with post-COVID-19 syndrome: clinical aspects.
 Serna Trejos Juan Santiago, Bermudez Moyano Stefanya Geraldine, Diaz Giraldo Valentina. 116

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

La bruja de Cachiche - Ica - Perú

Entre los suelos áridos de Ica se encuentra un místico lugar que fue habitado por hechiceras que practicaban las artes oscuras. En la actualidad, es la cuna de brujos, chamanes o curanderos que son instruidos para curar toda clase de males o daños.

Santa Rosa de Cachiche se simplificó solo a Cachiche, siendo el nombre que recibió un caserío que se convirtió en el pueblo de la hechicería. Durante la época virreinal, mujeres provenientes de Europa encontraron en el Perú un refugio tras escapar de la Santa Inquisición, la cual había ordenado quemarlas vivas al considerar que estaban profanando lo que ellos consideraban sagrado.

Fuente:
<https://www.infobae.com/america/peru/2022/09/16/las-brujas-de-cachiche-el-origen-del-ocultismo-y-la-maldicion-que-inundo-al-pueblo-de-la-hechiceria/>



Facultad de Medicina Daniel Alcides Carrión
 Prolongación Ayabaca s/n. Ica, Perú
 Teléfono: 056 - 225262
 Correo electrónico: panacea@unica.edu.pe / jorgeybaseta@gmail.com
 Pagina web: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea>