

R E V I S T A M É D I C A

PANACEA

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989



JournalTOCs
The World Journal Table of Contents

LILACS

imbiomed

DRJI

INDEX
LITERATURE

Volumen 6 Número 1 Enero - Abril 2017

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

REVISTA MÉDICA
PANACEA

Vol. 6 - N° 1 - Abril 2017 - 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

Anselmo Magallanes Carrillo
UNIVERSIDAD NACIONAL
SAN LUIS GONZAGA

Pedro Bustios Rivera
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN
DE PORRES

Raul Ishiyama Cervantes
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Juan Miyahira Arakaki
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Gabriela Soto Cabezas
DIRECCIÓN GENERAL DE
EPIDEMIOLOGÍA

Juan Echevarria Zarate
UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Hugo Arroyo Hernández
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

Juan Soria Quijaite
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ICA

Gualberto Segovia Meza
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

J. Jhonnell Alarco
INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD

COMITÉ CONSULTIVO

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

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

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

EDITOR ASISTENTE

Joaldo Torres Abanto.UNSLG

SOPORTE TÉCNICO

Ebed Guerra Borda.UNSLG

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

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA



**FACULTAD DE MEDICINA
DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

Benito Díaz López
DECANO

Beatriz Vega Kleyman
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

José Hernández Anchante
DIRECTOR ACADÉMICO

Luis Curotto Palomino
SECRETARIO ACADÉMICO

Fermín Cáceres Bellido
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN GRADOS y TÍTULOS

Jorge Moreno Legua
DIRECTOR DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

Carmen Vera Cáceres
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Hilda Guerrero Ortiz
DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN

Ubaldo Miranda Soberón
DIRECTOR DE PRODUCCIÓN Y BIENES

Marcos Ariza Oblitas
DIRECTOR DE ACREDITACIÓN y LICENCIAMIENTO

Jorge Chanllo Lavarello
DIRECTOR DE PROYECCIÓN SOCIAL

León Llacsá Soto
OFICINA DE SERVICIOS ACADÉMICOS

José Antonio Vílchez Reynoso
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS MÉDICAS

Nancy Brizuela Pow Sang
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS

Luis Silva Laos
JEFE DE DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS QUIRÚRGICAS

**UNIVERSIDAD NACIONAL
SAN LUIS GONZAGA DE ICA**

Anselmo Magallanes Carrillo
RECTOR

Asela Saravia Alviar
VICE RECTOR ACADÉMICO

Martin Alarcón Quispe
VICE RECTOR DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO



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

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

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

Presentación / PRESENTATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depósito Legal en BNP N° 2011-07139

ISSN Versión electrónica: ISSN 2225-6989

ISSN Versión impresa: 22232893

Contenido / CONTENTS

VOLUMEN 6 NÚMERO 1 ENERO - ABRIL 2017

INDICE 1

EDITORIAL

RELANZAMIENTO DE LA REVISTA PANACEA / Re-Launch Of Panacea Journal
Fernando Ardito - Saenz 2

LA EMERGENCIA DEL DENGUE EN EL PERÚ E ICA / The Emergency Of Dengue In Peru And Ica
Gualberto Segovia Meza 4

ARTICULOS ORIGINALES

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DENGUE DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ICA, 2016 / Level Of Knowledge About Dengue In Health Personnel Of The First-Level Healthcare In Ica, 2016
Ubaldo Efraín Miranda Soberón, Jackeline Amparo Barrientos Pérez, Nelson Freddy López Falcón 6

VALOR PREDICTIVO Del PSA libre/total EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA / Predictive Value Of Psa F/T In Prostate Cancer In Patients Of Ica Regional Hospital
Leiddy Elizabeth Cardenas-Ramos, Paola Vicenta Chalco-Moreno, Juan Carlos Berrocal-Salcedo, Nancy Maria Brizuela Pow Sang 12

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ANTE LA OCURRENCIA DE SISMOS EN PERSONAL DE SALUD EN ICA, 2016 / Attitudes And Knowledge To The Occurrence Of Earthquakes In Health Personnel Of Ica, 2016
César Miguel Quispe-Nolazco, Mary Chris Quispe-Bravo, Ángel Anicama Hernández 17

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS GESTANTES SOBRE LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, ENERO 2017 / Knowledge and Attitudes of the Pregnant on the Main Signs and Symptoms of Alarm in Pregnancy, Ica Regional Hospital, January 2017
Rusber O.Sulca-Díaz, Rosario P. Peñafiel-Palomino, Juan A. De la Rosa-Ventura 23

RELACIÓN ENTRE HELICOBACTER PYLORI Y PATOLOGÍAS DIGESTIVAS ALTAS POR BIOPSIA Y ENDOSCOPIA EN UN HOSPITAL GENERAL EN ICA, PERÚ / Relationship Between Helicobacter pylori and High Digestive Pathologies for Biopsy and Endoscopy In General Hospital of Ica, Peru
Huachua Piñas Brissette L, Meza García Karoll T, Oscco Álvarez Diana E, Miranda Soberón U 28

PRÁCTICAS DE RIESGO E HIGIENE DE TRABAJADORAS SEXUALES CON VAGINOSIS BACTERIANA. ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUNAMPE, 2016 / Risk Practices and Hygiene of Sex Workers With Bacterial Vaginosis In A Health Center Sunampe, 2016
Jimmy Geraldo Banda Silva, José Luis Solís Aparcana, Cesar Narciso Valdivia Rosales 36

ESTADO DE FRAGILIDAD DE LA SALUD Y TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES VARONES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE II NIVEL ICA, ENERO 2016. / State of Fragility of Health and Type of Urinary Incontinence In Adults Major Men Who Attend The External Medical Office Of A Public Hospital Of II Level Ica, January 2016.
Olinda Oscco - Torres 40

INSTRUCCIONES PARA AUTORES



RELANZAMIENTO DE LA REVISTA PANACEA

Re-Launch Of Panacea Journal

EDITORIAL

Fernando Ardito - Saenz^{1,a}.

1. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
a. Jefe del Área de Publicaciones Científicas.

La Revista Médica Panacea (RMP) es el órgano oficial de difusión científica de la Facultad de Medicina de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, 19 años después que el Dr. Luis Tolmos Regal propusiera el nombre de "PANACEA" y participara en su nacimiento (1), es en junio del 2011 en que se publica el primer fascículo en formato físico y electrónico con el ISSN 2223-2893 Y 2225-6989 respectivamente siendo Decano de la Facultad de Medicina el Dr. Felix Lem Arce (2), desde el año 2010 los miembros del Comité Editorial de la RMP toman como meta principal publicar artículos científicos de calidad, para lograr que la misma en un futuro cercano se sitúe dentro de las revistas peruanas de excelente calidad científica.

Los miembros del Comité Editorial de la RMP encabezados por el Dr. Jorge Ybaseta en su papel de Editor Jefe de la revista, apoyaron a la Facultad de Medicina de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica organizando diversos cursos de redacción científica teniendo como a expositores a editores científicos miembros de la Asociación Peruana de Editores Científicos (APECI), quienes compartieron varias jornadas de trabajo con los docentes y estudiantes de la Facultad con la finalidad de que los asistentes a los cursos adquieran las habilidades para que con toda la información del trabajo realizado por un investigador o un equipo de investigación puedan redactar un manuscrito con una correcta metodología siguiendo las pautas internacionales de redacción científica del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) más conocidas como las Normas de Vancouver (3).

Estos cursos han servido y sirven para preparar a los investigadores para que realicen manuscritos que puedan ser aceptados por revistas de investigación de calidad que cumplen los exigentes criterios de selección exigidos por bases de datos como SciELO, LILACS, MEDLINE, entre otras. Es así que los Editores de la Revista Médica Panacea actualmente se encuentran dando sus mejores esfuerzos para lograr su indización en bases de datos de documentación científica.

Cuando un grupo de investigadores interesados en lograr que la entidad a la cual trabajan logre darle visibilidad a los trabajos de investigación que realizan sus miembros crean una revista científica, entran en un mundo completamente nuevo como lo es el mundo editorial de las publicaciones científicas, y se dan cuenta que no solo es cuestión de publicar todos los manuscritos que se reciban, sino que deben buscar que estos trabajos de investigación logren ser visibles para investigadores de todo el mundo (4), y que cada trabajo publicado haya sido redactado correctamente de acuerdo a pautas internacionales de redacción científica, que en el caso de la RMP son las pautas de Vancouver y que cada artículo publicado haya sido sometido y haber aprobado el exigente proceso de control de calidad de sus contenidos, mediante la revisión por pares profesionales de los autores que sean especialistas del tema principal estudiado en dicho trabajo de investigación.

La falta de preparación de los investigadores peruanos en temas de redacción científica es un tema que no permite que sus manuscritos sean recibidos por revistas de carácter científico, sumándose esto a la falta de costumbre de escribir los resultados de sus investigaciones se convierte en un cuello de botella para las revistas científicas cuyo editores desean indizar su

BIBLIOGRAFÍA

1. Tolmos Regal L. Editorial. Rev. méd. panacea 2011; 1(1)
2. Román-Ruíz C. Breve reseña histórica de la facultad de medicina de Ica. Rev méd panacea. 2013; 3 (3):87-88.
3. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. N Engl J Med. 1997;336:309-15.
4. Pacheco -Romero J, Ramos-Castillo J. Visibility and impact of the Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Rev. peru. ginecol. Obstet. 2015; 61 (4):401-406.

CITAR COMO:

Ardito - Saenz F. Relanzamiento de la revista Panacea. Rev méd panacea. 2017; 6(1):2-3.

revista en una base de datos ya que no consiguen un número mínimo de artículos originales al año sumándose a esto el cumplimiento de las fechas establecidas para la publicación de cada número.

La revista científica PANACEA no pudo escaparse de estos problemas citados en el párrafo anterior, razón por la cual no pudo publicar sus fascículos el año 2016, pero el Comité Editorial decidió que este problema no iba a ser causa para que la misma salga de circulación y, decidió que la revista científica PANACEA continuará publicándose, por lo que este año 2017 se publicará el Volumen 6 y se retomará con todo brío el trabajo inicial que permitirá la continuidad de los siguientes volúmenes, y se cumplirán todos los criterios exigidos por las bases de datos de documentación científica que permitan en un futuro que la revista científica PANACEA logre su indización y, mostrar que la Universidad San Luis Gonzaga de Ica apoya la difusión de la investigación científica de calidad, de investigadores Iqueños, Peruanos y de todo el Mundo.



LA EMERGENCIA DEL DENGUE EN EL PERÚ E ICA.

The Emergency Of Dengue In Peru And Ica

EDITORIAL

Gualberto Segovia Meza ^{1,a}.

1. Hospital Regional de Ayacucho. Ayacucho, Perú.

a. Editor invitado, médico familiar y comunitario, maestría internacional enfermedades infecciosas y tropicales.

El propósito de esta editorial es contribuir con información desde una mirada más de gestión sobre la epidemia del dengue en el país y la región Ica. Según la definición del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (1992) Enfermedades infecciosas emergentes son aquellas cuya incidencia ha aumentado en los seres humanos en los 20 últimos años(1). Un claro ejemplo sobre enfermedades emergentes para nuestro país son las infecciones por el virus del zika, la Chikungunya. Como enfermedad reemergente a la Bartonelosis, enfermedad que se hace presente en varias regiones del país cuando ya la creíamos controlada.

Las primeras epidemias de dengue se registraron casi simultáneamente en Asia, África y América del Norte hacia 1871 y desde esa época no se han detenido. En los últimos 10 años, la intensidad y virulencia de las epidemias parecería ir en aumento. Diversos países de América Latina y el Caribe han registrado epidemias de dengue, como la de Cuba en 1981 con 344,203 infectados, Brasil en 1998 y el 2008 con más de 780,644 casos anuales, México, Venezuela, Colombia brotes epidémicos desde 1998 al 2009. El año 2009 ingresa en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia), Salvador Mazza en Salta y Charata en Chaco (Argentina)(2).

El Dengue en el Perú. Si bien el zancudo del *Aedes aegypti* fue erradicado del Perú en los años 50, su reintroducción fue detectada en el año 1984 en Loreto. Rápidamente se dispersó hacia regiones vecinas como San Martín y la selva central como Satipo y Chanchamayo reportándose casos en Tumbes y Piura en la costa norte. Entre 1999 y 2011 su dispersión ha sido notable registrándose 269 distritos infestados en 18 departamentos, esto incluye a 29 distritos en la ciudad de Lima y Callao, lo que implica una población en riesgo de contraer dengue de aproximadamente 12 millones de habitantes (3).

En la región Ica, la presencia del dengue como enfermedad emergente se manifiesta el año 2015, con dos casos importados de la localidad de Pichanaqui de la provincia de Chanchamayo de la Región Junín y otro caso de la Zona del Valle del Río Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM). Ante la presencia de zancudo *Aedes aegypti*, transmisor del dengue, el zika y la chikungunya, se completan los elementos necesarios para el inicio del brote epidémico que viene avanzando en sus provincias como Ica, Palpa y Nazca principalmente.

Un aspecto de suma importancia es la respuesta de los servicios de salud y la comunidad ante esta epidemia. Un aporte muy importante para el manejo de casos es la clasificación de la OMS como dengue con o sin signos de alarma y dengue grave, para un diagnóstico y tratamiento más oportuno, permitiendo reducir la letalidad por dengue(4).

Muy importante también es ir construyendo un sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud, que responda adecuadamente a las necesidades de las personas, familias y comunidad a través de un conjunto de elementos estructurales y esenciales que garanticen una atención integral, integrada y continua a lo largo del tiempo, donde se pone énfasis en la prevención y la promoción de la salud y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema de salud, tomando a las familias y comunidades como base para su planificación y la acción(5), estos elementos tienen que aplicarse en la prevención y control del dengue y las otras entidades del síndrome febril.

BIBLIOGRAFIA

1. Institute of Medicine. Emerging infections: microbial threats to health in the United States. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
2. OPS/OMS. Evolución del Dengue en las Américas 1988-2010. VI Congreso Panamericano de Medicina Militar, dic 2010.
3. MINSA/DIGESA. Aprendiendo de la experiencia: Lecciones aprendidas para la preparación y respuesta en el control vectorial ante brotes de dengue en el Perú; 2011.
4. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva: WHO; 2009.
5. OPS/OMS. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C. 2007.
6. OPS/OMS. M,C Davini. Educación Permanente en Salud. Serie PALTEX para Ejecutivos de Programas de Salud N° 38. Washington, D.C. 1995.
7. MINSA. Guía de Práctica Clínica para la atención de casos de dengue en el Perú. RM N° 071-2017/MINSA.
8. OPS/OMS. Instrumento para el diagnóstico y la atención de pacientes con sospecha de arbovirus. Washington, D.C. : OPS; 2016.

CITAR COMO:

Segovia - Meza G. La emergencia del dengue en el Perú e Ica. Rev méd panacea. 2017; 6(1):4-5.

La lucha contra el dengue se da principalmente en el primer nivel de atención. La organización y gestión óptima de los servicios de salud es una condición necesaria, en ella está la sectorización y el desarrollo de capacidades en el personal de salud, una buena estrategia es la Educación Permanente en Salud (EPS) “... para la transformación efectiva del trabajo y de las instituciones”(6), como un espacio para problematizar y tomar decisiones oportunas en base a información vectorial, epidemiológica, y de la gestión clínica en los establecimientos de salud.

El personal asistencial, gerentes de microrredes, redes de servicios de salud tienen la gran responsabilidad de operativizar la gestión territorial, conjuntamente con las autoridades locales e instituciones públicas y privadas desarrollar la promoción de la salud y acciones concretas de prevención contra el dengue; existen “demoras fatales en dengue”, la clave es la oportunidad en la sospecha en aquellos usuarios con fiebre, y que tengan el nexo epidemiológico, es importante recordar que el diagnóstico es principalmente clínico(7), se debe estar alerta cuando cae la fiebre, buscar los signos de alarma y manejar la hipovolemia evitando que el paciente ingrese al estado de choque reversible o irreversible(8).

En Ica, se inicia una larga lucha contra esta nueva enfermedad que amenaza con quedarse, y donde nuestra respuesta debe ser, poner en práctica todos los elementos esenciales de la Atención Primaria de la Salud renovada para su control.



NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DENGUE DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ICA, 2016

Level Of Knowledge About Dengue In Health Personnel Of The First-Level Healthcare In Ica, 2016

ARTÍCULO ORIGINAL

Ubaldo Efraín Miranda Soberón^{1a}, Jackeline Amparo Barrientos Pérez^{2b}, Nelson Freddy López Falcón^{2ab}.

1. Hospital Regional de Ica. Ica, Perú. 2. Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Ayacucho, Perú

a. Pediatra b. Médico Cirujano

Correspondencia:

Jackeline Amparo Barrientos Pérez
Dirección: Calle Simón Bolívar 367,
Parcona - Ica.

Correo electrónico:

jackeline_jk27@hotmail.com

Teléfono: 940158059

Conflicto De Intereses: No
declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 03-02-2017

Aceptado: 13-02-2017

Publicado: 02-03-2017

CITAR COMO:

Miranda-Soberón UE,
Barrientos-Pérez JA, López-
Falcón NF. Nivel De
Conocimientos Sobre Dengue
Del Personal De Salud Del
Primer Nivel De Atención De Ica,
2016. Rev méd panacea. 2017;
6(1): 6-11.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre dengue en el personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención de la provincia de Ica en el año 2016 e identificar posibles factores asociados.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal, se aplicó un cuestionario de 11 preguntas a los 111 participantes. Se calculó la nota obtenida, considerando como puntaje máximo 20, se utilizó estadística descriptiva, con medias y porcentajes y para el análisis bivariado la prueba t de Student y ANOVA, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. **Resultados:** La nota máxima fue 9,7, con un promedio de 4,27 puntos. La identificación de un caso probable de dengue fue el componente con mejor puntaje, seguido de manejo clínico, fisiopatología y catalogación de riesgo. La fiebre fue el principal síntoma reconocido (89,2%), seguido por: mialgias (63,1%), artralgias (43,2%) y cefalea (39,6%); los signos de alarma más conocidos fueron el vómito persistente y dolor abdominal intenso con 22,5% y 14,4% respectivamente. El 48,6% respondió correctamente sobre el uso del paracetamol, mientras que solo 18,9% reconoció la hidratación como parte importante del tratamiento. Los criterios de alta y referencia fueron identificados correctamente en el 32,4% y 11,7% de los casos respectivamente. Se encontró asociación estadísticamente significativa con la profesión ($p=0,00$), la asistencia a cursos de capacitación mostró un incremento en el nivel de conocimientos. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre dengue fue bajo y este estuvo asociado a la profesión.

Palabras clave: Dengue, conocimiento, personal de salud, nivel de atención.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge about dengue in the health personnel of the first level care centers in the province of Ica in the year 2016 and to identify the associated factors. **Materials and Methods:** A prospective, descriptive and cross-sectional study was carried out. A questionnaire of 11 questions was applied to the 111 participants. The obtained score was calculated, considering as a maximum score 20, descriptive statistics were used, with means and percentages and for the bivariate analysis the Student test and ANOVA, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** The maximum score was 9,7, with an average of 4,27 points. The identification of a probable case of dengue was the component with the best score, followed by clinical management, pathophysiology and cataloging of risk. Fever was the main symptom (89,2%), followed by: myalgias (63,1%), arthralgia (43,2%) and headache (39,6%); The most known warning signs were persistent vomiting and severe abdominal pain with 22,5% and 14,4%, respectively. 48,6% answered correctly about paracetamol use, while only 18,9% acknowledged hydration as an important part of the treatment. The criteria of discharge and reference were correctly identified in 32,4% and 11,7% of the cases, respectively. We found a statistically significant association with the profession ($p = 0,00$), attendance at training courses showed a level at the level of knowledge. **Conclusions:** The level of knowledge about dengue was low and this was associated with the profession.

Keywords: Dengue, knowledge, health personnel, level of care.

INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura del mosquito hembra del género *Aedes Aegypti*, su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, por lo que es considerada un problema de salud pública global (1).

Se estima que en el mundo existen alrededor de 2,5 a 3 millones de personas en riesgo, con 50 a 100 millones de casos de dengue y 250 000 a 500 000 casos de formas severas de dengue cada año (2). La enfermedad es endémica en las regiones del Sudeste Asiático, Pacífico Occidental, Centro América, Sud América y el Mediterráneo Oriental (3), constituyendo actualmente la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico (4).

Los principales determinantes que participan en la transmisión del dengue son las altas temperaturas, desplazamiento poblacional desde y hacia zonas endémicas, un crecimiento desordenado de la población, el insuficiente abastecimiento de agua potable con inadecuadas prácticas de almacenaje y la escasa participación de las comunidades en conjunto con sus autoridades en la prevención del dengue (5).

La introducción del dengue en el Perú está relacionada a la reintroducción del *Aedes aegypti* en Iquitos en 1984. En 1990 ocurre el primer brote explosivo de dengue con más de 150 000 casos, que afectó el departamento de Loreto, Ucayali y San Martín, a partir de entonces la transmisión de dengue tiene un comportamiento endémico con periodos epidémicos en la selva peruana y con tendencia a tener este comportamiento en la costa norte (6).

En Ica, en el año 2015 se notificó un caso importado de procedente de la región Junín, lo que llevó a una búsqueda activa del vector, resultando en la identificación de la presencia de *Aedes aegypti* en 12 distritos de la provincia de Ica (7). Posteriormente en junio del mismo año, el Hospital Regional de Ica notificó un caso probable de dengue en un paciente de 5 años de edad, cuyo resultado del examen ELISA de captura IgM fue dengue positivo (7); siendo considerado el primer caso autóctono de la región situando a Ica en un escenario epidemiológico III (8). En el año 2016 se produjo una epidemia, con 100 casos confirmados de un total de 346 casos reportados, todos en la provincia de Ica. En lo que va del año 2017 ya se han notificado 194 casos, de los cuales se han confirmado solo 58; 2 en la provincia de Ica, 1 en Nazca y 55 en Palpa (9).

La reducción de la mortalidad por dengue requiere de un proceso organizado que garantice el reconocimiento temprano y manejo adecuado, el componente esencial de este proceso es la prestación de buenos servicios clínicos en todos los niveles de atención, con énfasis en el primero ya que es ahí donde acuden las personas inicialmente, de esta manera el personal de salud de atención primaria juega un papel clave y los conocimientos constituyen el primer insumo a ser adequeado por los profesionales de salud para brindar una atención adecuada y oportuna (10).

En Arabia Saudita Abdullah Alzahrani (11) reveló que el conocimiento con respecto al dengue en médicos de atención primaria fue excelente en el 43,4% de los encuestados, contrario a lo informado por Al-Ghamdi (12), quien, en el mismo país, pero en una ciudad distinta demostró que los médicos de atención primaria de salud tenían un nivel adecuado de conocimientos sobre dengue. En nuestro país existen antecedentes de estudios avocados al mismo aspecto, entre los que podemos citar a Maldonado (13), quien evaluó a médicos de la red de salud Túpac Amaru de la región Lima el año 2014, los que en su gran mayoría mostraron un bajo nivel de conocimiento que estuvo asociado a la edad y revisión de guías clínicas, en la región Lambayeque en el año 2012 Paico (14) encontró que existía un bajo nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de dengue y que este estuvo asociado con los antecedentes de capacitación previa sobre Dengue y el número de años de egresado de los médicos.

Por lo expuesto, consideramos necesario realizar el presente estudio, con el objetivo principal de determinar el nivel de conocimiento sobre

de dengue del personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención en las micro-redes de la provincia de Ica, así como la identificación de posibles factores asociados; contribuyendo así a realizar un análisis situacional que permita la implementación de estrategias que tengan como finalidad la mejora constante y oportuna de la atención que brindan los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la provincia de Ica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio prospectivo y observacional, de nivel descriptivo, cuya población objetivo estuvo constituida por el personal de salud que labora en los 54 establecimientos de primer nivel de atención de la provincia de Ica, y que brindan atención directa a los pacientes, esta estuvo conformada por 744 trabajadores.

Se calculó el tamaño muestral considerando un nivel de confianza de 95%, precisión absoluta de 5% y proporción esperada de conocimiento adecuado de 8%, resultando una muestra mínima de 98 personas, considerando un 15% de proporción de pérdidas resultó en una muestra ajustada de 116 personas.

Se incluyó a todo el personal de salud del primer nivel de atención de las micro-redes de la provincia de Ica que brinde atención directa a los pacientes y que aceptó participar en la investigación. El único criterio de exclusión utilizado fue la negación a participar del estudio.

El instrumento fue elaborado seleccionando los apartados que se consideró deben formar parte del conocimiento del personal de salud; conformado por 11 preguntas con sus respectivas respuestas, estructurado de manera que permitiera hacer un chequeo de las posibles respuestas que brinde el entrevistado y a su vez realizar las anotaciones que el entrevistador considere necesarias, de forma que el entrevistado no tuviera acceso al mismo. Además, se incluyó un apartado para las variables independientes, tales como: edad, género, profesión, condición de trabajo, tiempo de servicio, nivel y categoría de establecimiento y número de trabajadores del establecimiento.

El instrumento fue sometido a la opinión de expertos, entre los encargados de la Diresa, los que manifestaron su acuerdo, luego de lo cual se realizó una prueba piloto con el fin de evaluar la claridad del cuestionario, y se realizaron los ajustes correspondientes. La consistencia del instrumento y de sus ítems se comprobó a través del modelo estadístico coeficiente alfa de Cronbach.

La información fue transferida a una base de datos en el programa SPSS V22. Se calculó el indicador vigesimal de conocimientos sobre dengue, además se realizó una evaluación por cada componente del instrumento. Se aplicó estadística descriptiva, se calcularon las medias, desviaciones estándar, porcentajes; para el análisis bivariado se utilizaron la prueba t de Student y ANOVA. Para la toma de decisiones se eligió un nivel de confianza del 95% para una $p < 0.05$.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Evaluación de Proyectos de Investigación de Pre-grado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica previo a su ejecución; así mismo se expuso el proyecto a los directivos de la Diresa a fin de obtener el permiso correspondiente.

Todas las personas entrevistadas fueron informadas sobre los propósitos y objetivos de este estudio, se proporcionó un consentimiento informado por escrito que fue firmado por el entrevistado previo a la aplicación del instrumento, en el mismo se hace énfasis en que toda la información recogida es confidencial asumiendo la responsabilidad por los resultados de esta investigación; así como de la supervisión de todos los procesos realizados.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 111 personas que brindan atención directa a pacientes, de las cuales 82 (73,87%) fueron mujeres y 29 (26,12%) hombres, con edades desde 21 a 65 años y un promedio de 40 años. Del total de participantes, 38 (34,2%) fueron médicos, 48 (43,2%) enfermeros, 5 (4,5%) obstetras, 6 (5,4%) odontólogos y 14 (12,6%)

técnicos de enfermería. Con respecto a los factores laborales, agrupados por el tiempo de servicio en el establecimiento, 36,9% tenía menos de 10 años trabajando; el 38,7% trabaja en un establecimiento de nivel 1-2 y 28,8% en un establecimiento 1-3.

Sobre el nivel de conocimiento, la nota máxima obtenida fue 9,7 de un puntaje total de 20. La nota promedio fue de $4,27 \pm 2,21$. Los trabajadores de la microrred Guadalupe tuvieron mejor promedio con $5,58 \pm 2,4$ puntos y el nivel de conocimiento más alto con 9,7 punto. La microrred Santiago fue la tercera mejor, con una desviación estándar menor que en los demás casos $4,66 \pm 1,5$ puntos, convirtiéndose en la microrred en que los trabajadores tuvieron un nivel de conocimientos más homogéneo (ver Gráfico 1).

Dentro de los componentes evaluados, la identificación de caso probable de dengue obtuvo mejor promedio 11,42; se reconoció la fiebre como característica principal que utilizaba el personal de salud

para reconocer un caso probable de dengue (89,2%), seguido por sintomatología como: mialgias (63,1%), artralgias (43,2%) y cefalea (39,6%), siendo el antecedente epidemiológico la característica que menos es tomada en cuenta (20,7%) (ver Tabla 1).

El nivel de conocimiento en fisiopatología fue bajo con una nota global promedio de $2,34 \pm 3,55$; mientras que el componente de catalogación de riesgo, obtuvo los puntajes más bajos, con media de $1,84 \pm 1,83$ puntos. Del total de entrevistados, el 53,2% no fue capaz de reconocer al menos un signo de alarma de dengue, dentro de los signos más conocidos se encontraron el vómito persistente y dolor abdominal intenso con 22,5% y 14,4% respectivamente (ver Tabla 1). El promedio para el componente de manejo clínico fue de 4,55 puntos; 48,6% de los entrevistados respondió correctamente que el paracetamol es la base del tratamiento en los casos de dengue sin signos de alarma, mientras que solo 18,9% reconoció la hidratación como parte importante del

Tabla 1: Nivel de Conocimientos sobre Dengue del Personal de Salud de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de las Microrredes de Ica. Según Componentes del Conocimiento. Ica – 2016

COMPONENTE	SUBINDICADOR	% ACIERTO	MED \pm DS
IDENTIFICACION DE CASOS	Fiebre de hasta 7 días	89,2%	11,42 \pm 5,11
	Antecedente epidemiológico	20,7%	
	Artralgias	43,2%	
	Mialgias	63,1%	
	Cefalea	39,6%	
	Dolor retro-ocular	15,3%	
	RASH	15,3%	
FISIOPATOLOGIA	Lesión del endotelio	13,5%	2,43 \pm 3,55
	Trombocitopenia	9,9%	
	Alteración de factores de coagulación	16,2%	
	Disfunción plaquetaria	7,2%	
CATALOGACION DE RIESGO	Dolor abdominal intenso	14,4%	1,84 \pm 1,83
	Vómitos persistentes	22,5%	
	Disminución de diuresis	0%	
	Alteración del estado mental	1,8%	
	Hipotermia	5,4%	
	Hepatomegalia	3,6%	
	Lipotimia	12,6%	
MANEJO CLINICO	Paracetamol	48,6%	4,55 \pm 2,62
	Hidratación oral	18,9%	
	Medios físicos	4,5%	
	Alertar signos de alarma	2,7%	
	Evitar AINES	28,8%	
	No antibióticos	20,7%	
	Identifica criterios de referencia	11,7%	
	Identifica criterios de alta	32,4%	

mismo y 28,8% dijo que los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos deben evitarse ya que aumentan el riesgo de hemorragia. Por otro lado, los criterios de alta y referencia de pacientes con dengue fueron identificados correctamente en el 32,4% y 11,7% de los casos respectivamente (ver Tabla 1).

Nos interesó también conocer los posibles factores asociados con el bajo nivel de conocimientos sobre dengue del personal de salud de primer nivel de atención que se halló en esta investigación; con respecto a la edad, el grupo de 50 años a más alcanzó el mayor nivel de conocimientos con 4,62±1,87 puntos (ver Tabla 2), a pesar de ello se encontró muy por debajo del nivel mínimo aceptado como adecuado, observándose además que esta no estuvo relacionada con el nivel de conocimiento, dado que la diferencia existente entre los grupos etareos no fue significativa (p=0,59).

El nivel de conocimientos fue mayor para los hombres con 4,92±2,08 puntos frente a 4,04±2,22 puntos de las mujeres; pese a que el grupo de varones tuvo 0,88 puntos de diferencia, esta no fue estadísticamente significativa (p = 0,065). Considerando la ocupación, se clasificó a los entrevistados en 3 grupos: médicos, enfermeros y otros (técnicos de enfermería, obstetra, odontólogo), el análisis reveló que la profesión sí estuvo relacionada significativamente (p=0,00) con el nivel de conocimiento sobre dengue; así, el personal médico obtuvo el mayor promedio con 5,86±1,93 puntos (ver Tabla 2). También se pudo observar que el nivel promedio de conocimientos fue mayor cuando mayor fue la categoría de los establecimientos, sin llegar a ser una asociación significativa (p=0,24), lo mismo sucedió en el caso de tiempo de servicio (p=0,4). El número de trabajadores de un establecimiento de salud parece influenciar el nivel de conocimientos, sin embargo, esta relación no sigue un comportamiento lineal, debido a que los establecimientos con menor número de trabajadores obtuvieron tanto los puntajes más altos como los más bajos, por lo que esta asociación no resultó significativa (p=0,11) (ver Tabla 2).

Por otro lado, se evidenció que a mayor número de capacitados por establecimiento mayor fue el nivel de conocimiento; sin que esta sea una diferencia significativa (p=0,6) (ver Gráfico 2).

La asistencia de 1 o más trabajadores de los establecimientos al curso sobre dengue organizado en el Hospital Regional de Ica mostró un aumento en el nivel de conocimientos, observándose la mayor diferencia entre el grupo de los que ninguno asistió (3,46) y el grupo que asistieron 2 personas (4,70), esto nos indica que el curso de

capacitación influyó de alguna manera sobre el nivel de conocimientos de los trabajadores y estuvo relacionado al número de trabajadores que asistió al mismo (ver Gráfico 3).

DISCUSIÓN

La nota promedio de los participantes en este estudio fue de 4,27 puntos, ninguno de los entrevistados alcanzó nota mínima aprobatoria, siendo el puntaje máximo obtenido 9,7. Similares resultados han sido reportados por Maldonado(13) en la Red de Salud Túpac Amaru - Lima, en cuyo trabajo la nota máxima obtenida fue 7,5 de un total de 16, es decir 9,37 en escala vigesimal y Gordillo(15) quien en el 2001 en Lambayeque encontró un nivel de conocimiento alto en sólo el 15,6% de los encuestados. Por su parte Paico et al(14) también en Lambayeque en el año 2012 reportaron un nivel alto de conocimiento solo en 0,9% de los casos, más tarde en el 2015 utilizando el mismo instrumento se demostró un incremento en el nivel de conocimiento, siendo alto en el 67% de encuestados, alcanzando una nota máxima de 14 en un total de 16 (17,5 en escala vigesimal), lo que probablemente se deba a la experiencia ganada por los profesionales de salud, debido a que en esta parte del país el dengue se presenta de forma epidémica desde hace aproximadamente 20 años(16).

A nivel internacional, Tzong (17) refirió que los médicos taiwaneses obtuvieron una calificación global de 6,98 de un puntaje máximo de 10 (13,96 de 20); y Lee(18) en Singapur, obtuvo un nivel de conocimiento adecuado en un 89,9% de los encuestados, debemos tener en cuenta que todos los participantes de este estudio fueron médicos del primer nivel de atención a diferencia de nuestro estudio en el que participaron distintos profesionales de salud, además de que la probabilidad que enfermar de Dengue y de tener manifestaciones de alarma en Singapur es más alta que en el Perú, por lo que se trata de un tema ampliamente estudiado por el personal de salud de dicho país.

De los distintos componentes del conocimiento, la identificación de un caso probable de dengue obtuvo mejor puntaje, con un promedio general de 11,42 lográndose una nota aprobatoria, mientras que en los demás casos no sucedió lo mismo: manejo clínico (4,55±2,62), fisiopatología (2,34±3,55), catalogación de riesgo (1,84±1,83); esto varía en el estudio de Maldonado (13) para quien el mejor desenvolvimiento obtenido fue en tratamiento y no en la definición de caso probable.

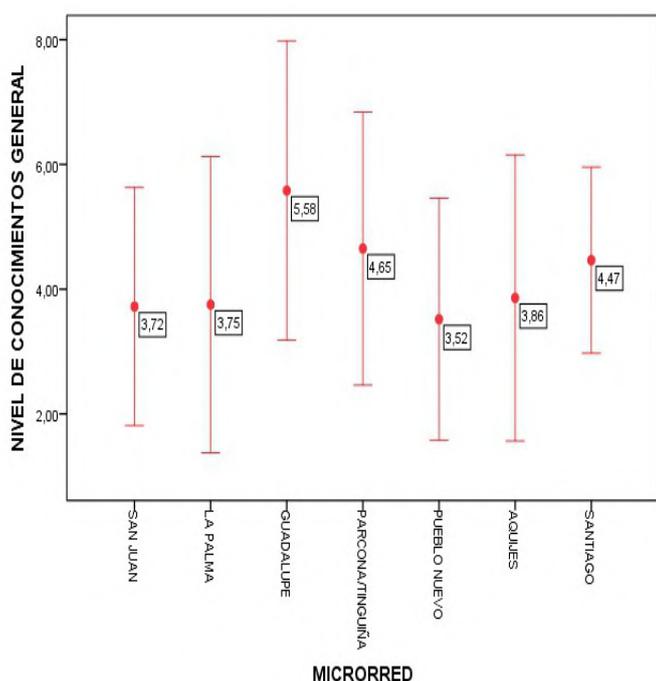


Gráfico 1: Nivel de Conocimientos sobre Dengue del Personal de Salud de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de las Microrredes de Ica. Según Promedio de Conocimiento por Microrred. Ica - 2016

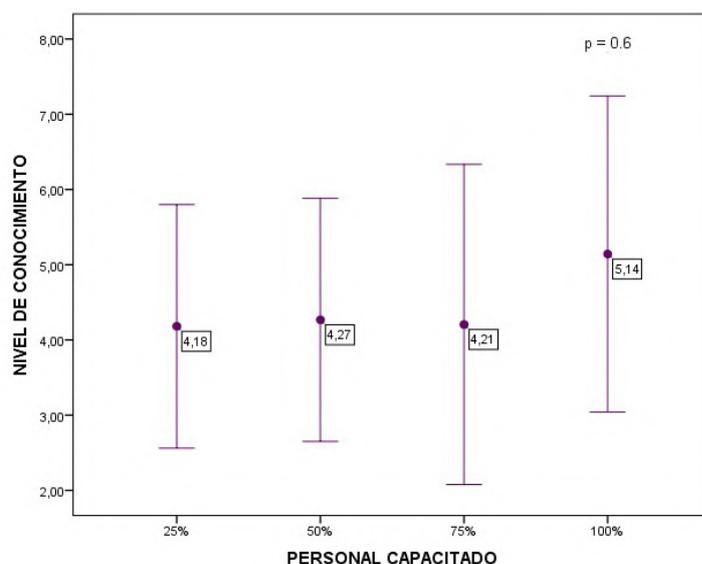


Gráfico 2: Nivel de Conocimientos sobre de Dengue del Personal de Salud de los Establecimientos de Primer Nivel de Atención de las Microrredes de Ica. Según Promedio de Conocimiento por Numero de Capacitados. Ica - 2016

Con respecto a este último componente, 62,1% respondió de manera acertada, similares datos encontraron Ibrar Rafique y col(19) en cuya investigación 65% de participantes conocían los criterios de caso probable de dengue, por su parte Umair Afzal y cols(20) reportaron un conocimiento suficiente sobre los síntomas en 50% de los participantes. Estos resultados contrastan ampliamente con los de Maldonado(13), donde solo 8,7% respondió correctamente a esta pregunta.

Dentro del aspecto clínico, la fiebre fue el principal síntoma que utilizó el personal de salud para definir un caso probable de dengue (89,2%), seguido por: mialgias (63,1%), artralgias (43,2%) y cefalea (39,6%); algo bastante parecido a lo hallado por Cáceres-Manrique FM y cols(21), en cuyo estudio los participantes también reconocieron la fiebre como lo más frecuente (88,6%) y menos de 40% refirió cefalea, dolor articular y muscular; y por Sagr Khalaf Al-Ghamdi(12), quien encontró que la mayoría de los médicos sabían correctamente que deberían sospechar dengue en pacientes con fiebre (84,1%), y menos frecuentemente mencionaron dolor retro-orbital y dolores en el cuerpo en general. Dentro de los signos de alarma más conocidos estuvieron el vómito persistente y dolor abdominal intenso con 22,5% y 14,4% respectivamente, sin embargo, estos valores son bastante bajos al hacer la comparación con los estudios de Ibrar Rafique y col(19) y Sagr Khalaf Al-Ghamdi(12), donde la mayoría de participantes reconocían que estos dos síntomas son señales de advertencia de dengue grave, 66% y 81,2% respectivamente.

Con respecto al tratamiento, 48,6% respondió correctamente que el paracetamol es el fármaco que debe utilizarse como sintomático en casos de dengue sin signos de alarma, mientras que solo 18,9% reconoció la hidratación como parte importante del mismo, lo que contrasta ampliamente con el 90,6% que dijo lo mismo según Sagr Khalaf Al-Ghamdi(12) esto podría explicarse por la mayor experiencia en casos de dengue con la que cuentan los profesionales participantes en este estudio, en comparación con los de nuestra región, para quienes se trata de una enfermedad relativamente nueva.

En nuestro estudio 28,8% de entrevistados dijo de manera correcta que los anti-inflamatorios no esteroideos deben evitarse en pacientes con dengue ya que aumentan el riesgo de hemorragia, a esta misma pregunta, Sagr Khalaf Al-Ghamdi(12) reporto un 79,7% de acierto, siendo aún más alto el valor encontrado por Ibrar Rafique y col(19), para quienes se alcanzó el 93%, además refieren que en su estudio los médicos no tenían conocimiento sobre el manejo de casos de comorbilidad.

En esta investigación se halló que los criterios de alta y referencia de

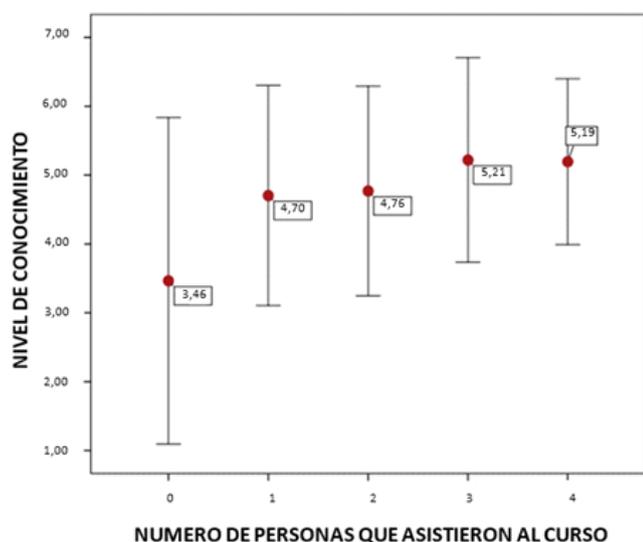


Gráfico 3: Nivel de Conocimientos sobre de Dengue del Personal de Salud de los Establecimientos de Primer Nivel de Atención de las Microrredes de Ica. Según Promedio de Conocimiento por Asistencia al Curso de Capacitación. Ica – 2016

pacientes con dengue fueron identificados correctamente en el 32,4% y 11,7% de los casos respectivamente, mientras que para Sagr Khalaf Al-Ghamdi(12) 92% hizo lo mismo con los criterios de referencia y en el caso de los criterios de alta este alcanzó un 49% en el trabajo publicado por Ibrar Rafique y col(19).

El nivel de conocimiento sobre dengue fue bajo y estuvo asociado a la profesión de los entrevistados ($p=0,00$), el personal médico obtuvo el mayor promedio, seguido de los licenciados en enfermería, y en tercer lugar se ubicó el grupo conformado por obstetras, odontólogos y técnicos de enfermería. En lo que respecta a factores biológicos, la edad no estuvo relacionada con el nivel de conocimiento ($p=0,59$), contrario a lo encontrado por Maldonado(13) ($p=0,024$) y Valarmathi S y Parajulee S(22) ($p = 0,14$), sin embargo, no se pudo realizar una comparación directa debido a la diferencia de intervalos numéricos. Pese a que el grupo de varones tuvo mayor promedio que el de mujeres, el género no estuvo asociado al nivel de conocimiento ($p = 0,065$), lo que también podemos observar en el estudio de Abdullah Alzahrani(11), debemos tener en cuenta la desproporción existente en la frecuencia de género en nuestra investigación, lo que limita nuestras conclusiones al respecto.

De los factores laborales estudiados, se encontró que el nivel de conocimientos fue mayor conforme más años de servicio tuvieron los entrevistados, pero esta diferencia no resultó significativa ($p=0,4$), al igual que en el trabajo de Valarmathi(22) ($p = 0,59$). Con respecto al número de trabajadores, tampoco se halló asociación significativa, sin embargo, es de remarcar la necesidad de un número mínimo de trabajadores (05) para garantizar un ascenso del nivel de conocimientos, lo que nos lleva a plantear la posibilidad de una redistribución de personal dentro de la microrred.

Paico(14) en Lambayeque encontró que el bajo nivel de conocimientos este estuvo asociado a la capacitación previa.

Tabla 2: Nivel de Conocimientos sobre Dengue del Personal de Salud de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención de las Microrredes de Ica. Según Características Biológicas y Laborales. Ica – 2016

CARACTERISTICAS	N°	MED±DS	ANOVA
EDAD			
20 – 30 años	39	4,20 ± 2,67	$p = 0,59$
31 – 50 años	42	4,08 ± 1,96	
> 50 años	30	4,62 ± 1,87	
GENERO			
Femenino	82	4,04 ± 2,22	$p = 0,06$
Masculino	29	4,92 ± 2,08	
PROFESION			
Médicos	38	5,86 ± 1,94	$p = 0,00$
Enfermeros	48	3,62 ± 2,03	
Otros	25	3,11 ± 1,52	
TIEMPO DE SERVICIO			
< 1 año	53	4,02 ± 2,42	$p = 0,40$
1 a 10 años	19	4,18 ± 1,86	
> 10 años	39	4,65 ± 2,06	
CATEGORIA			
I – 1	28	4,39 ± 2,39	$p = 0,24$
I – 2	43	3,81 ± 2,26	
I – 3	32	4,55 ± 1,84	
I – 4	8	4,27 ± 2,50	
N° DE TRABAJADORES			
1 – 10	41	4,01 ± 2,44	$p = 0,11$
11 – 20	22	3,55 ± 2,01	
21 – 30	20	4,83 ± 1,92	
? de 31	28	4,81 ± 2,06	

al respecto, en nuestro estudio la capacitación previa del personal de salud mostró un aumento del nivel de conocimiento, pero esta asociación no resultó significativa ($p=0,6$). por otro lado, comparamos el nivel de conocimientos con la asistencia al curso de Dengue organizado por la DIRESA-CCIRD en el Hospital Regional de Ica, evidenciando que existe asociación entre el nivel de conocimientos y el número de inscritos en el mismo (la diferencia fue significativa cuando asistieron >2 personas); sin embargo, el número de asistentes por cada establecimiento fue bajo, y en algunos casos no asistieron. Los resultados de este estudio podrán servir como base para posteriores investigaciones y para la planificación de planes de mejora orientadas al buen manejo de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Hoyos RA, Pérez RA. Actualización en aspectos epidemiológicos y clínicos del dengue. *Revista Cubana Salud Pública*. 2010. ; 36(1): 149-164.
- Malagon JN, Padilla JC, Rojas DP. Guía de Atención Clínica Integral del paciente con Dengue. 2011. *Infectio*; 15(4):293-301.
- Instituto Nacional De Salud. Revisión sistemática sobre la terapia de reposición de fluidos en los pacientes con dengue según gravedad. NOTATÉCNICA N° 01-2012. Lima, Perú 2012.
- Ministerio De Salud. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Casos de Dengue en el Perú. RM N° 087-2011/MINSA. 2011.
- Miranda SU, Acevedo VT, León AA. Dengue en Ica: una oportunidad para intervenciones efectivas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2015.; 32(3):607-608.
- Dirección General de Epidemiología. Situación actual del dengue en el Perú. *Boletín Epidemiológico* 2015; 24 (11): 224 – 227. f
- Gobierno Regional de Ica. Dirección Regional de Salud de Ica. Oficina de Epidemiología. Sala Situacional de Dengue. 2015.
- Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Ambiental. Norma Técnica de Salud para la Implementación de la Vigilancia y Control del *Aedes Aegypti*, Vector del Dengue en el Territorio Nacional. Perú, 2014.
- Perú, DIRESA – Ica. Informe sobre casos de Dengue en la provincia de Nazca y Palpa. Ica, 2017.
- Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Guía de Dengue. 2012.
- Alzahrani A. Knowledge and practice of primary health-care physicians regarding the dengue fever in Makkah Al-Mokarramah city, 2013. *International Journal of Medical Science and Public Health* 2014; 4(2): 266-274.
- Al-Ghamdi SK. Knowledge and practice of primary care physicians about preventive and clinical aspect of dengue fever in Jeddah city, 2014. *International Journal of Medical Science and Public Health* 2014; 4(7): 991-996.
- Maldonado MA. Evaluación del Conocimiento acerca de Dengue en los médicos de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Túpac Amaru - Lima. [tesis]. Perú, Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina. 2014.
- Paico RC, Polo CA, Díaz EG, Díaz VC. Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque. Perú, 2012. *Acta Med Per* 29(3):143-147.
- Gordillo L. Nivel de Conocimientos sobre la enfermedad del Dengue en personal Médico e Internos de Medicina de hospitales del Ministerio de Salud del Departamento de Lambayeque [Tesis]. Perú, 2001.
- Paico RC. Factores Asociados al nivel de conocimiento en diagnóstico y tratamiento de dengue en médicos de la región Lambayeque. [Tesis] Perú. Univ. San Martín de Porres, Facultad de Medicina. 2015.
- Tzong-Shiann H, Mei-Chih H, Shih-Min W, Hsian-Chou H y Ching-Chuan L. Knowledge, attitudes and practices of dengue disease among health professionals in southern Taiwan. 2013. *Journal of the Formosan Medical Association* 112, 18-23.
- Lee LK, Thein TL, Kurukularatne C. Dengue Knowledge, Attitudes, and Practices among Primary Care Physicians in Singapore, Singapore. 2011; 40:533-8.
- Rafique I, Muhammad Arif NS, Shajee S y cols. Dengue knowledge and its management practices among physicians of major cities of Pakistan. 2015. *Journal of Pakistan Medical Association*. 65(4): 392-396.
- Afzal U, Abbas SA, Iqbal H, Ahsen NF. Comparison of Knowledge & Practices Regarding Dengue Infection in Medical Students a pre and post Intervention Study in the City of Lahore. Pakistán. *Professional Med J*. 2014; 21(4): 697-700.
- Cáceres FM, Vesga GC, Perea FX, Ruitorte M, Talbot Y. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Dengue en Dos Barrios de Bucaramanga, Colombia. 2009. *Rev. Salud pública* 11(1): 27-38.
- Valarmathi S y Parajulee S. Knowledge of nurses towards dengue fever in a tertiary care teaching hospital in Nepal. 2013. *Journal of College of Medical Sciences-Nepal*. 9(1): 7-13.



VALOR PREDICTIVO Del PSA libre/total EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

Predictive Value Of Psa F/T In Prostate Cancer In
Patients Of Ica Regional Hospital

ARTÍCULO ORIGINAL

Leiddy Elizabeth Cardenas-Ramos^{1,a}, Paola Vicenta Chalco-Moreno^{2,a}, Juan Carlos Berrocal-Salcedo^{1,a}, Nancy Maria Brizuela Pow Sang^{3,a,b}

1. Dirección Regional de Salud. Ayacucho, Perú. 2. Dirección Regional de Salud. Ica, Perú. 3. Hospital Regional de Ica. Ica, Perú
a. Médico Cirujano b. Médico Patólogo

Correspondencia:

Juan Carlos Berrocal-Salcedo
Dirección: Caserío C-11 Cachiche.
Correo electrónico:
Juanbersal_2218@hotmail.com
Teléfono: 945826535

Conflicto De Intereses: No
declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 15-02-2017

Aceptado: 21-02-2017

Publicado: 09-03-2017

CITAR COMO:

Cardenas-Ramos LE, Chalco-Moreno PV, Berrocal-Salcedo JC, Brizuela-Pow Sang NM. Valor Predictivo Del Psa Libre/Total En Cáncer De Próstata En Pacientes Del Hospital Regional De Ica. Rev méd panacea. 2017; 6(1): 11-15.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de la próstata se ha convertido en una patología muy estudiada en los últimos años, debido al incremento de la tasa de mortalidad, que lo ha posicionado en el segundo lugar de causas de decesos en el hombre, después del cáncer de pulmón (1), siendo muchas las técnicas complementarias se encuentran a disposición para tratar de identificarlo, actualmente, el diagnóstico precoz del cáncer prostático se asienta sobre las herramientas clásicas que constituyen un trípode conformado por el tacto rectal (TR), el antígeno prostático específico en suero (PSA) y el examen con ecografía transrectal (ETR), seguido por la biopsia transrectal (BTR), mas no existe un acuerdo generalizado acerca de la indicación precisa para efectuar la biopsia. **Objetivos:** Determinar la utilidad del valor predictivo de la relación PSA libre/PSA total en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia benigna de próstata y carcinoma prostático. **Material y métodos:** Nivel de Investigación observacional, tipo analítico, prospectivo y transversal. Realizado mediante chi2, curva de ROC y regresión lineal. **Resultados:** Corte de relación de PSA libre/total en 15%, con una sensibilidad de 83% y una especificidad de 69%, VPP de 51% y un VPN 91% para el diagnóstico de cáncer de próstata.

Palabras clave: Hiperplasia Prostática, Próstata, Neoplasias de la Próstata, Antígeno Prostático Específico (Fuente: DeCS - BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Prostate cancer has become a very studied pathology in recent years, due to the increase in the mortality rate, which has positioned it in the second place of causes of death in man, after lung cancer (1), Many complementary techniques are available to try to identify it, currently the early diagnosis of prostate cancer is based on the classic tools that constitute a tripod formed by rectal examination (TR), prostate-specific antigen in serum (PSA) and transrectal ultrasound (RTE), followed by transrectal biopsy (BTR), but there is no general agreement about the precise indication for biopsy. **Objective:** To determine the usefulness of the predictive value of the free PSA / total PSA ratio in the differential diagnosis between benign prostatic hyperplasia and prostatic carcinoma. **Materials and Methods:** Level of observational research, analytical, prospective and cross-sectional type. Performed using chi2, ROC curve and linear regression. **Results:** PSA F/T ratio cut by 15%, with a sensitivity of 83% and a specificity of 69%, PPV of 51% and a 91% NPV for the diagnosis of prostate cancer.

Keywords : Prostatic Hyperplasia, Prostate, Prostatic Neoplasms, Prostate-Specific Antigen (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El cáncer de la próstata se ha convertido en una patología muy estudiada en los últimos años, debido al incremento de la tasa de mortalidad, que lo ha posicionado en el segundo lugar, después del cáncer de pulmón (1), diagnosticándose alrededor de 900 mil casos nuevos cada año en todo el mundo, la incidencia es de 4,1 nuevos casos por 100 mil varones y para el año 2030, se estima que ocurrirán más de 1'600 000 nuevos casos. (2) En el Perú, alrededor de 4'100 nuevos casos se diagnostican cada año, mientras se espera que en el año 2030, más de 4'400 varones sean diagnosticados (3). Un trabajo realizado por Alarcón y Agreda (4) en el 2004, describió que el 9,8% de pacientes son diagnosticados en estadio clínico II, el 29,4% en estadio clínico III y el 60,7% en estadio clínico IV 13, mientras que Pow Sang et al (5), describen el 76% de cánceres de próstata en estadio IV.

Aproximadamente el 75% de los casos se registran en países desarrollados, donde las tasas de incidencia son más altas debido al uso del antígeno prostático específico (PSA) (6). El cáncer de próstata es una entidad patológica que plantea numerosas incógnitas y discusiones, aún en la actualidad, probablemente debido a la falta de conocimientos, la historia natural del cáncer de próstata es muy variable y estudios realizados no permiten extraer conclusiones claras al respecto (7). Muchas técnicas complementarias se encuentran a disposición para tratar de identificarlo, actualmente, el diagnóstico precoz del cáncer prostático asienta sobre las herramientas clásicas que constituyen un trípode conformado por el tacto rectal (TR), el antígeno prostático específico en suero (PSA) y el examen con ecografía transrectal (ETR), seguido por la biopsia transrectal (BTR), mas no existe un acuerdo generalizado acerca de la indicación precisa para efectuar la biopsia, hecho que adquiere mayor importancia si se tiene en cuenta que sólo alrededor de un 40% de las biopsias transrectales arrojan resultados positivos (8).

Obteniendo datos más precisos para los posibles pacientes a biopsiar, se comenzó a estudiar la relación PSA libre/PSA total, donde se ha establecido que la Hipertrofia Prostática Benigna (HPB) produce más PSA libre, en tanto que el cáncer más de la forma unida a la proteína, valores de 20% o más, la probabilidad de patología benigna, con una sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de cáncer de 96% y 25%. (9)

Gaspar y cols., (10) y Restrepo y cols.(11), encuentra que el cociente PSA-L/PSA-T sí tiene capacidad discriminatoria entre benignidad y malignidad, con un punto de corte del 15%, Martínez y cols., un punto de corte del 12% tiene una sensibilidad y especificidad del 82 y 66%, respectivamente (12), González y cols., un punto de corte en 25% tienen una sensibilidad del 25% y una especificidad del 95% (13).

Por ello, el propósito del trabajo es analizar el valor predictivo de la relación PSA libre/PSA total en el diagnóstico de carcinoma prostático como parámetro exclusivo para detectar en forma más precisa a pacientes candidatos para realizar biopsia de próstata, y determinar el PSA total y libre en los pacientes que hiperplasia benigna de próstata, en pacientes del Hospital Regional de Ica.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación tiene nivel observacional, tipo, retrospectivo, transversal y relacional, de pacientes que consultaron por presentar síntomas de crecimiento prostático. La población está constituida por todos los pacientes que asistieron al Servicio de Urología del Hospital Regional de Ica, Ministerio de Salud de la Provincia de Ica, entre los meses de Enero del 2012 a Diciembre del 2016, por crecimiento prostático, incluyendo a los pacientes varones mayores de 50 años, con historia clínica completa con informe anatomo-patológico de biopsia o pieza quirúrgica de la próstata y con los análisis de PSA libre y PSA total, excluyendo a aquellos que no cuenten con estos criterios.

Se utiliza una ficha de recolección de datos auto administrada, los datos se recogieron de las historias clínicas con los resultados de exámenes anatomo-patológico, de laboratorio y ecografía abdominal. El análisis se realiza mediante el programa SPSS 24, análisis

univariado: análisis de tendencia central, se calcularán las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y para las variables cuantitativas se calculara las medias, desviaciones estándar, en el análisis bivariado se aplica el análisis correlacional para detectar grado de asociación.

En el presente estudio se contara con la aprobación del comité de ética de investigación del Hospital Regional de Ica, se respetaran los principios de confidencialidad de la información obtenida exclusivamente para los fines del estudio, en los resultados se presentados no se incurre en falsificación ni plagio, declarando que no hay ningún conflicto de interés.

RESULTADOS

De un total de 166 pacientes, se obtiene una edad media de 70 años, con una mínima edad de 51 años, y una máxima edad de 90 años. Del análisis sérico de PSA Total es de 6 ug/L, con un mínimo de 0,02 ug/L y un máximo de 130 ug/L, observado en el Gráfico 1. La mediana en el nivel sérico de PSA Libre es de 0,99 ug/L, con un mínimo de 0,01 ug/L y un máximo de 50 ug/L, la mediana del cociente del PSA Libre/Total es 16%, con un mínimo de 0.64% y un máximo de 82%, como se observa en el Gráfico 2 y Gráfico 3.

El punto de corte mediante la curva de ROC, para el de 15% tienen una sensibilidad de 0,83 y una especificidad de 0,68 visualizado en la Gráfico 4, en estas circunstancias un resultado positivo tiene una probabilidad

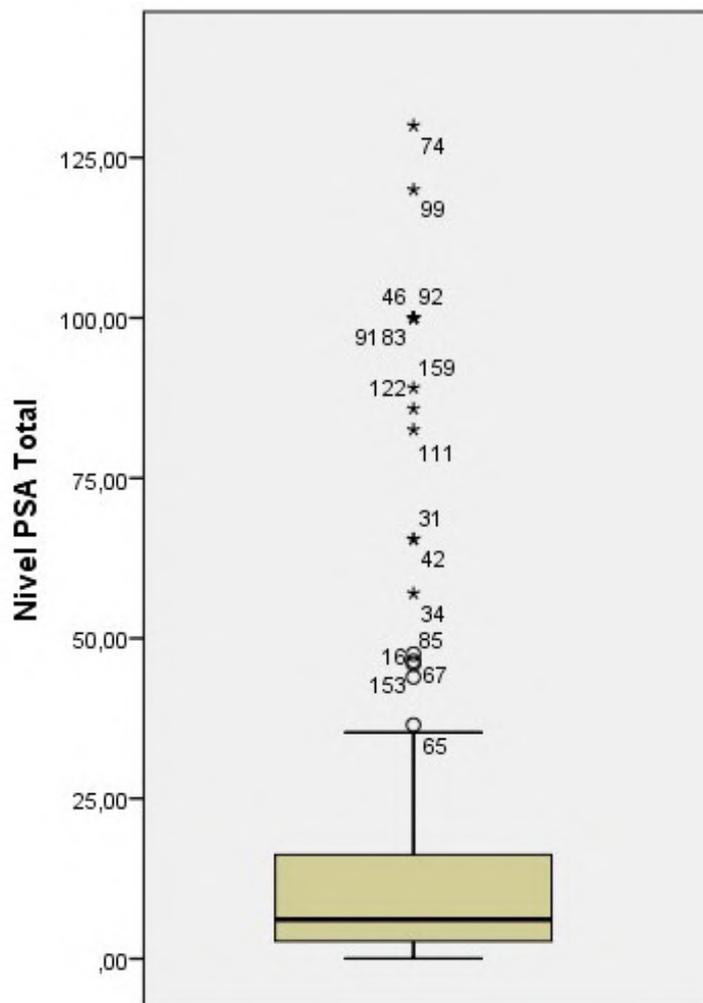


Gráfico 1: Nivel sérico PSA Total

de 51% de ser realmente un individuo enfermo, mientras que un resultado negativo tiene una probabilidad de 91% de ser realmente un individuo sano como se indica en la Tabla 1.

En relación del PSA Libre/Total; con un corte en 15%; no se obtiene una asociación significativa entre la edad; estado civil, el examen del tacto rectal, ecografía prostática (p-valor >0,05). Se obtiene asociación

significativa con el grado de volumen prostático; el primer grado tiene 75% con probabilidad de cáncer, el segundo grado tiene 25% con probabilidad de cáncer, el tercer grado tiene 42% con probabilidad de cáncer, y el cuarto grado tiene 57% con probabilidad de cáncer tal como se indica en la Tabla 2.

Tabla 1: Valores estadísticos para corte de la relación de PSA L/T

	CORTE EN 15		CORTE EN 20	
Chi2 – p valor		0		0
OR	10.655	4.531 – 25.060	5.274	2.079 – 13.375
Prevalencia de la enfermedad	27.71%	21.19 – 35.28	27.71%	21.19 – 35.28
Pacientes correctamente diagnosticados	72.89%	65.35 – 79.35	56.02%	48.12 – 63.64
Sensibilidad	82.61%	68.05 – 91.68	86.96%	73.05 – 94.58
Especificidad	69.17%	59.98 – 77.10	44.17%	35.20 – 53.51
Valor predictivo positivo	50.67%	38.96 – 62.30	37.38%	28.37 – 47.31
Valor predictivo negativo	91.21%	82.93 – 95.85	89.83%	78.50 – 95.80

Tabla 2: Relación de PSA L/T y factores asociados.

	Chi2	PSA libre/total	
		OR	IC
Edad (mayor – menor 65)	0.788	1.106	0.529 – 2.311
Estado civil	0.886		
Tacto rectal (+- -)	0.236	3.526	0.385 – 32.331
Ecografía prostática (+- -)	0.363	0.545	0.475 – 0.627
Volumen prostático	0.007		

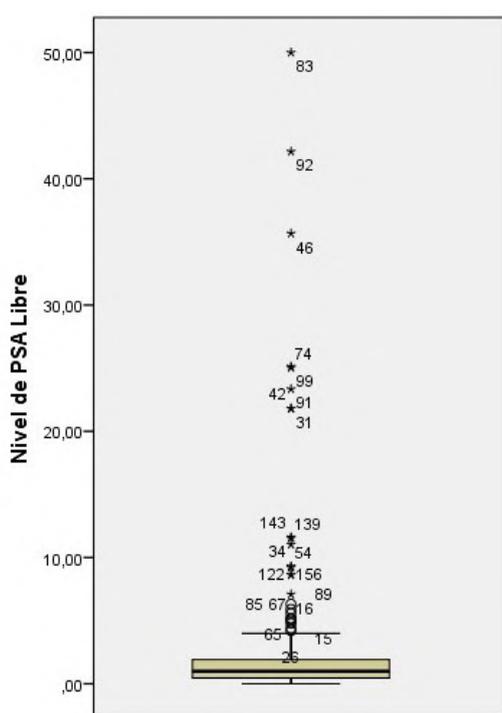


Gráfico 2: Nivel sérico PSA Libre

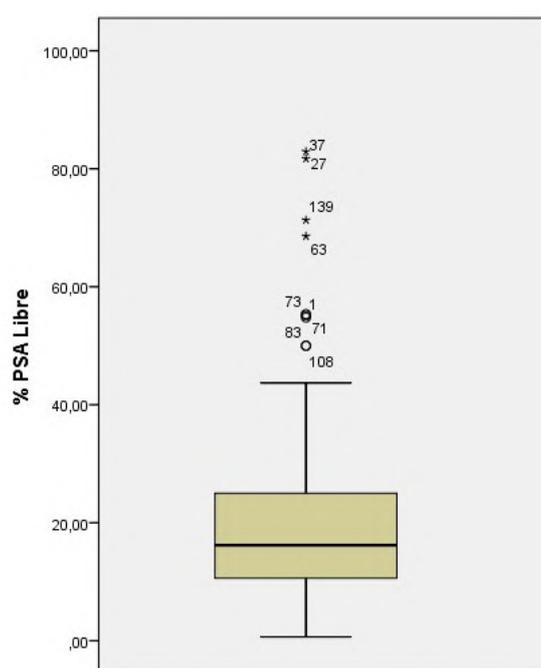


Gráfico 3: Cociente PSA Libre/Total

DISCUSIÓN

En este estudio se encuentra que al categorizar en porcentaje en la relación de PSA libre/total con un corte de 15%, se obtiene que menor a 15% el 51% tiene cáncer de próstata, mientras lo que tienen mayor a 15% solo el 9% tiene el diagnóstico de cáncer, obteniendo una sensibilidad de 83% y una especificidad de 69%, de ello un resultado positivo tiene una probabilidad de 51% de ser realmente un individuo enfermo, mientras que un resultado negativo tiene una probabilidad de 91% de ser realmente un individuo sano, resultados similares en otros estudios, donde Gaspar y cols.(10), en el cociente PSA-L/PSA-T tiene capacidad discriminatoria entre benignidad y malignidad, con un punto de corte del 15% obteniendo un máximo de sensibilidad 91,3% y especificidad 86,4%. Restrepo y cols.(11), en su estudio encuentra que el índice de PSA de 0,25 no discrimina entre el diagnóstico de cáncer, y que siendo por debajo de 0,15 se produce en casi la totalidad de los pacientes, Escobar y cols.(14), encuentra en la relación de PSA L/T un área bajo la curva de ROC 0,615, para un corte menor de 15% una sensibilidad de 60% y una especificidad de 58% Para la razón APE-L/T > 25% la sensibilidad es 20% y la especificidad 91% mientras que para un corte en 25% la sensibilidad es 20% y la especificidad 91%. Otros resultados en estudios de investigación, Marangoni y cols.(15), hallan en la relación PSA L/T con un corte en 0,20 un 23,3% de biopsias positivas, mientras que para 14% el porcentaje fue en 60%, Martínez y cols.(12), encuentran que con un corte en el 12%, conlleva a tener mayor índice de detención de cáncer, con sensibilidad y especificidad importante (82% - 66%) además de falso positivos menores de 35%, González y cols.(13), con relación a los puntos de corte en 25%, la prueba mostro una sensibilidad del 25%(21 – 29) y una especificidad del 95% (91 – 98), por el contrario Ballesta y cols.(16), encuentra en su estudio que el PSaC (PSA ligado a las proteínas inhibidoras de las proteasas) tiene mejor área en la curva de ROC, con una sensibilidad de 60% y especificidad de 57%, superando las áreas del PSA libre y total. Se obtiene en pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata una mediana de PSA total de 23 ng/ml (Q1-3 : 12,9 - 46 ng/ml), con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, una mediana de PSA total de 4 ng/ml (Q1-3: 1,9 – 9,4 ng/ml), asimismo en la relación de PSA Libre/total una mediana de 9.7 ng/ml (Q1-3: 6,8 – 13,6 ng/ml), con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, una mediana de

18ng/ml (Q1-3: 13,9 – 26,8 ng/ml), Gaspar y cols.(10), obtiene una media de PSA-T para los pacientes con cáncer de próstata de 9,46 (4,09-19,86) y para los pacientes con HBP de 7,75 (rango, 4,01-19,9) y una media del % PSA-L/PSA-T del 10,65% (4,1-34,5) para el grupo con cáncer de próstata y del 20,86% (8,1-48) para el grupo con HBP y Ortiz y Almoguer (17), el PSA total tuvo una media de 6,8 ng/ml DE 1,69 en el grupo de cáncer de próstata y de 6,6ng/ml DE 1,76 en el grupo de hipertrofia prostática, no encontrando diferencia significativa entre ambos grupos.

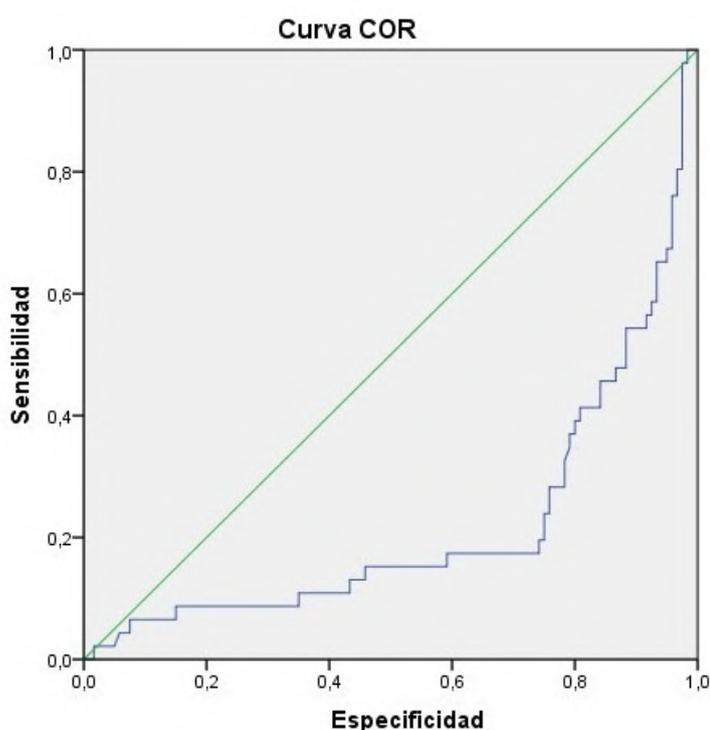
Entre factores que pueden intervenir en los valores del porcentaje PSA L/T con un corte en 15%, no se encuentra asociación con la edad, ni el estado civil, ni el examen clínico por el tacto rectal, ni la ecografía prostática, mas si se encuentra una asociación significativa con los grados de crecimiento prostático. Martínez y cols. (12), encuentra una edad promedio de 54 años y rangos desde 42 a 97 años; perteneciendo al PSA T (4-10ng/mL), Valdivia y cols.(18), en 57,5% de los pacientes se confirmó cáncer prostático por estudio histológico de los cuales 82,7% presentaron un tacto rectal anormal y PSA>4ng/ml con una sensibilidad de 0,95, la especificidad de 0,65, un valor predictivo de 0,76 y un valor predictivo negativo de 0,73.

Concluye que el porcentaje PSA libre/total con punto de referencia de 15%, una sensibilidad de 83% y una especificidad de 69%, con un resultado positivo una probabilidad de 51% para cáncer de próstata y para un resultado negativo una probabilidad de 91% de ser realmente un individuo sano.

Recomendando por ello el uso de la relación del PSA libre/total con un valor de corte ajustado a 0,15 demostrando una considerada sensibilidad y especificidad, el cual puede ayudar en el diagnóstico presuntivo de cáncer de próstata y a la elección de pacientes para biopsia a fin de ahorrar biopsias innecesarias ya que biopsia prostática es un procedimiento diagnóstico medianamente invasivo y no exento de morbilidad, por lo que se debería ajustar su indicación. El nivel bajo de PSA total (menores de 10 ng/mL) no descarta la posibilidad de cáncer de próstata metastásicos, recomendando que en pacientes con síndrome consuntivo y dolor sacro, se realicen estudios de imágenes como apoyo diagnóstico y valorar el crecimiento prostático.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Organización Mundial de la Salud (OMS) Centro de Prensa. Cancer Nota descriptiva N° 297 Febrero 2015
- 2.Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARS Lyon. Francia GLOBOCAN 2010
3. El Cancer de Próstata en Latinoamérica. Datos sobre Cancer de Próstata en Peru GLOBOCAN 17 DE Noviembre 2008
4. Agreda F, Alarcón E. Epidemiología Descriptiva de las Neoplasias malignas en el INEN (Periodo 1997 – 2001) Boletín del INEN 2004;26: 11-32
5. Pow-Sang M, Destefano V, Astigueta JC, Castillo O, Gaona JL, Santaella F, y Sotelo R. Cancer de Próstata en Latinoamérica. Actas Urol Esp 2009; 33: 1057-61
6. Welch HG, Albertsen PC. Prostate Cancer Diagnosis and Treatment after the introduction of prostate-specific antigen screening: 1986-2005. J. Natl Cancer Inst 2009; 101: 1325-29.
7. Pow-Sang M, Benavente V, Morante C, Meza L, Olaechea C. Diagnóstico del cáncer de próstata mediante tacto rectal, antígeno prostático específico y biopsia transrectal por ultrasonografía en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (Lima, Perú). Urología Panamericana. 2001; 13:35-8
8. Pow-Sang M, y Huamán MA. Retos para el diagnóstico precoz de cáncer de próstata en el Peru. Rev. Peru Med Exp Salud Publica 2013; 30(1): 124-8
9. Greene KL, Albertsen PC, Babaian RJ, Carter HB, Gan PH, Han M, et al. Prostate specific antigen best practice statement: 2009 update. J Urol.2013; 189(1 Suppl): 2-11



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Gráfico 4: Curva ROC – Relación PSA L/T

10. Gaspar MJ, Arribas I, Hontoria JM, Bokobo P, Coca C y Angulo JC. Utilidad de la fracción libre del antígeno prostático específico en el diagnóstico diferencial entre hiperplasia prostática benigna y cáncer de próstata. *Medicina Clínica* 2000;115(9):740-5
11. Restrepo BJ, Samaca RY, Silva HC y Cataño CJ. Relación de PSA libre sobre PSA total en el diagnóstico del cáncer de próstata. *Rev. Urol Colomb* 2009;18(1): 15-18
12. Martínez C, Salgueiro R, Paredes J, Gonzales J, Pacheco B, Calderón F y Mata M. Punto de corte de la fracción libre del antígeno prostático específico en la población mexicana susceptible a cáncer de próstata. *Rev. Mexicana de Urología* 2007;67(5):248-55
13. Gonzales-Vidal E, Rosquete-López G, Sarial-Matias A, Mena-Fernández M. Índice PSA-libre/PSA-total: una herramienta para la detección precoz del cáncer de próstata. *Archivo Medico de Camagüey* ISSN 2007;11(6):1025-32
14. Escobar MM, Escobar MC, Salvatierra EP, Ruiz TA, Villalobos VT, Ortiz AP et al. Utilidad del APE libre en el diagnóstico de cáncer de próstata. *Rev. Chilena de Urología* 2014;79(2):34-37
15. Marangoni A, Secchi A, Marchegiani S, Surur A, Juaneda A y Reginatto M. Determinación de la utilidad de la relación APE l/t (Antígeno Prostático Específico libre sobre el total) en pacientes con sospecha de cáncer de próstata estudiados por biopsia ecográfica endorrectal. *Rev. Argent. Radiol.* 2008;72(3):817-95
16. Ballesta AM, Molina R, Luque P, Filella JA, Coca F, y Truan. Antígeno prostático específico y sus fracciones en el diagnóstico del cáncer de próstata. *Medicina Clínica*, ISSN 2004;122(7):241-4
17. Ortiz J. y Almoguer E. La eficiencia de la prueba de índice de PSA libre en el diagnóstico del cáncer de próstata. *An Fac med* 2015; 76 (1): 27-32
18. Valdivia I, Quiroa F, Aguirre R y Alarcón E. eficacia del Examen Digital Rectal y del Antígeno Prostático Específico en la detección del cáncer de próstata. *Rev Med Hered* 2002;13(4):125-130.



ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ANTE LA OCURRENCIA DE SISMOS EN PERSONAL DE SALUD EN ICA, 2016

Attitudes And Knowledge To The Occurrence Of Earthquakes In Health Personnel Of Ica, 2016

ARTÍCULO ORIGINAL

César Miguel Quispe-Nolazco^{1,a}, Mary Chris Quispe-Bravo^{1,a}, Ángel Anicama Hernández^{2,a,b}

1. Dirección Regional de Salud Ayacucho. Ayacucho, Perú 2. Hospital Regional de Ica. Ica, Perú

a. Médico Cirujano b. Médico Neurologo.

Correspondencia:

César Miguel Quispe-Nolazco
Dirección: Urb. Guzmán Barrios A-10 Chincha-Ica.
Correo electrónico:
cqquispe.n4@gmail.com
Teléfono: 956018000

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 13-02-2017

Aceptado: 19-02-2017

Publicado: 06-03-2017

CITAR COMO:

Quispe-Nolazco CM, Quispe-Bravo MC, Anicama-Hernández A. Actitudes Y Conocimientos Ante La Ocurrencia De Sismos En Personal De Salud En Ica, 2016. Rev méd panacea. 2017; 6(1): 17-22.

RESUMEN

Introducción: El ser humano está expuesto a muchas amenazas según el entorno que lo rodea; el Perú no es la excepción; las experiencias ante las consecuencias de los desastres originados por la naturaleza que vienen ocurriendo desde los últimos años, han puesto en relieve la vulnerabilidad de la salud pública, donde las instituciones incumplen con las acciones de prevención y la poca preparación de la población para hacer frente a estos desastres naturales. En ello como respuesta, el sector salud forma parte de la toma de decisiones dentro del comité operativo de emergencia para la coordinación intersectorial en situaciones de crisis, donde se altera el equilibrio de la naturaleza y fraccionan al grupo humano residente en distintos escenarios. **Objetivos:** Determinar la relación entre las actitudes y conocimientos ante la ocurrencia de sismos en estudiantes de medicina, y médicos del Hospital Regional de Ica. **Material y métodos:** Nivel de investigación relacional, tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Realizado mediante una encuesta auto aplicada. Análisis mediante SPSS 24.0 aplicando regresión lineal y chi-cuadrado ($p < 0.05$) y análisis multivariado mediante el modelo de regresión logística. **Resultados:** Como factores de riesgo se tiene el grado académico, la convivencia con personas con discapacidad, la falta de experiencia en un sismo, no pertenecer a una brigada, no haber llevado un curso en prevención de desastres y el bajo conocimiento en el tema.

Palabras clave: Sismos, medidas preventivas, desastres, Médicos, Estudiantes Premédicos .

ABSTRACT

Introduction: The human being is exposed to many threats according to the surrounding environment and Peru is no exception. The experiences of the natural disasters that have been occurring since the last years have highlighted the vulnerability of public health, where institutions fail to comply with prevention actions and the lack of preparedness of the population to cope to these natural disasters. As a response, the health sector is part of the decision-making process within the emergency operational committee for intersectoral coordination in crisis situations, where the balance of nature is altered and the human group residing in different scenarios is divided. **Objective:** To determine the relationship between attitudes and knowledge regarding the occurrence of earthquakes in medical students and physicians at the Regional Hospital of Ica. **Materials and Methods:** Relational research level, analytical type, prospective and transversal. Made through a self-administered survey. Analysis using SPSS 24.0 applying linear and chi-square regression ($p < 0.05$) and multivariate analysis using the logistic regression model. **Results:** Risk factors include academic degree, coexistence with people with disabilities, lack of experience in an earthquake, not joining to a brigade, not having taken a course in disaster prevention and low knowledge in the subject.

Keywords : Seisms, prevention & control, disasters, Physicians, Students, Premedical.

INTRODUCCIÓN

Diariamente el ser humano está expuesto a muchas amenazas según el entorno que lo rodea. Perú no es la excepción; las experiencias ante las consecuencias de los desastres originados por la naturaleza que vienen ocurriendo desde los últimos años en nuestro país, han puesto en relieve la vulnerabilidad de la salud pública (1).

Uno de los últimos sismos originados en el país fue el terremoto del 15 de Agosto del 2007 con grandes pérdidas en muchos ámbitos, es comparado con el sismo de Chile ocurrido el primero de abril del 2014, que al tener las mismas características o mayores, las secuelas por el sismo fueron mucho menores, entonces cuáles son las causas, según autoridades chilenas, destacan el comportamiento ejemplar de la población, así como su cultura cívica que les permitió realizar una evacuación tranquila y masiva (2).

En Perú, las instituciones incumplen con las acciones de prevención dispuestos por ley, lo que da como resultado el no contar con un plan de contingencia, evacuación y la determinación de zonas de seguridad actualizadas y acordes a la realidad donde se encuentren, a ello agregamos la poca preparación de la población para hacer frente a estos desastres naturales, la falta de cooperación en los simulacros y la escasa organización e información en la comunidad que dará como resultado una vulnerabilidad. El sector salud tiene un papel participativo en ello, donde forma parte de la toma de decisiones dentro del comité operativo de emergencia, siendo este la instancia de coordinación intersectorial en situaciones de crisis (3).

En estudios realizados, Ostad Taghizadeh, y cols. (4), encuentran conocimientos correctos y actitudes positivas pero que en la práctica no se refleja, True y cols. (5), Jasper y cols. (6) y Sergio Endo y cols. (7), encuentran que alrededor del 50% desconocen sobre el tema, y que al menos un 20% tendría algún dominio en situaciones de desastres.

Entre las variables de protección asociadas ante la respuesta adecuada ante sismo, True y cols. (5) y Tekeli-Yeşil y cols. (8), hallan la edad mayor de 44 años, del mismo modo, los padres solteros y presencia de niños en el hogar, Jasper y cols. (6), demuestran solo el 47% de los internos de medicina recibe entrenamiento formal en la preparación ante desastres, por el contrario Abhinav Sinha y cols. (9), les queda en claro que ningún conocimiento fue impartido formalmente a los estudiantes con respecto a la preparación y mitigación de desastres de emergencia, sino que sus conocimientos se debe a un aprendizaje auto-adquirido, asimismo, Ocharán Portugal (10), encuentra en los que forman parte de una brigada de emergencia, una asociación significativa para actitudes conocimientos adecuados.

Puesto que nunca se está suficientemente preparado para cuando ocurra una situación de emergencia, donde se altera el equilibrio de la naturaleza y fraccionan al grupo humano residente en distintos escenarios, se tiene la interrogante de saber si se cuenta con el personal de salud presto a reaccionar de manera eficaz y eficiente a las contingencias de un evento natural, siendo el objetivo de esta investigación, determinar las actitudes y conocimientos entre los estudiantes de medicina y médicos así como conocer los factores de riesgo relacionados a una actitud inadecuada, con la finalidad de poder establecer una cultura de la prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de nivel relacional, tipo prospectivo, transversal y descriptivo. El universo está conformado por la población de los estudiantes de la facultad de Medicina Humana de la Universidad San Luis Gonzaga y los médicos del Hospital Regional de Ica, un total (N=839). Se escogerán a los participantes de manera aleatoria sistemática, ya que se estará contando con una lista de toda la población, usando una muestra de una proporción estratificada. La muestra de médicos del Hospital Regional de Ica es de 111 personas y estudiantes de Medicina FMH-DAC de 341 personas.

Entre los criterios de inclusión se tendrán como parte del estudio a los alumnos matriculados regularmente en la Facultad de Medicina

Humana Daniel A. Carrión del año académico 2015-II, médicos nombrados y contratados, y Médicos residentes que trabajen actualmente en el Hospital Regional de Ica al año 2015 y los que acepten responder el cuestionario y firmar el consentimiento informado.

Entre los criterios de exclusión se tiene a los alumnos suspendidos por exceso de matrículas y al personal de no médico, seguridad, limpieza ni administrativo del Hospital Regional de Ica.

Se realiza la recolección de datos, explicando a los alumnos/médicos sobre la investigación, firma del consentimiento informado y compromiso de participación, ya sea la ficha en físico o de manera virtual (Tecnología de Google Forms), seguidamente se aplica el cuestionario con una duración promedio de 30 minutos, una vez terminado se procede a la calificación de las pruebas calculando los indicadores correspondientes y exponiendo los resultados en una base de datos para su posterior análisis utilizando un software estadístico, SPSS v.24.0. La ficha de recolección de datos sociodemográficos, un cuestionario Likert, un examen de conocimiento y una hoja de consentimiento informado, instrumentos validados mediante una medición de confiabilidad calculado mediante el Alfa de Crombach y el método de Dos Mitades (Coeficiente > 0.7), además de realizar la validación por la opinión de expertos por la especialidad, evaluando cada reactivo del instrumento.

Para el análisis univariado, se realiza análisis de tendencia central, en el análisis bivariado se aplica el Análisis correlacional para detectar grado de asociación, análisis de regresión lineal para detectar capacidad predictiva, análisis multivariado mediante el modelo de regresión logística para determinar los factores de riesgo que implican con respecto a la variable dependiente.

Se tiene en el estudio como principio ético, la confidencialidad, donde la información obtenida se manejó de forma discreta y confidencial con uso exclusivo de la investigación, no se divulga en los resultados los nombres de los participantes asignándoles un código de identificación y la beneficencia, en primera instancia a la institución, la cual podrá conocer la realidad de la situación sobre prevención en sismos, los siguientes beneficiarios serán los alumnos y personal médico, ya que una vez que las autoridades de la institución obtengan los resultados, estas podrán desarrollar las medidas convenientes que garanticen un mejor desempeño ante ello. Por último, nosotros como investigadores, encontramos en este proyecto la oportunidad de aportar información valiosa a nuestra comunidad, además de la adquisición de experiencia y reconocimiento personal.

RESULTADOS

La población de estudio fue constituido por 460 personas, entre estudiantes de medicina representado por el 75% y médicos por el 25%, de la población en estudio, el 54% tiene actitudes negativas, siendo los estudiantes quienes presentan mayor actitudes negativas ante la ocurrencia de sismos frente a los médicos, un 82% frente a un 18% respectivamente. En los conocimientos sobre sismos, el 12% de los participantes tiene conocimientos inadecuados, siendo los estudiantes quienes presentan mayores conocimientos inadecuados frente a los médicos, un 86% frente a 14% respectivamente como se menciona en la Tabla 1.

Al relacionar las variables de riesgo con actitudes negativas en prevención de sismo, se encuentra una asociación significativa con el grado universitario, menores de 26 años, solteros, en los que tienen algún familiar con discapacidad, residencia menor de 20 años en Ica, la falta de experiencia de un terremoto, la no participación en simulacros, los que no pertenecen a una brigada de emergencia o de su institución y en aquellos que no han llevado algún curso de prevención de desastres como se mencionan en las Tabla 2 y Tabla 3. Dentro de los factores intervinientes en relación a los conocimientos en prevención en sismos, encontramos como factores de riesgo, al grado universitario, los que no pertenecen una brigada de emergencia o de su institución, el no haber llevado algún curso en prevención de

Idesastres como se describe en la Tabla 4 y Tabla 5.

Al tener los resultados por la escala Likert por Actitudes y el test en conocimientos, se obtiene que existe una asociación entre las variables, (p-valor: 0,00 OR: 6,217 IC: 2,871 – 13,460), siendo los conocimientos incorrectos un factor de riesgo tanto para los médicos y universitarios, mostrándose entre 5 y 6 veces más sobre los que tienen conocimientos correctos para presentar una actitud negativa ante la prevención de sismo respectivamente (Médicos: p-valor: 0,030, OR: 5,289 IC: 1,017 – 27,516) (Universitarios: p-valor: 0,000, OR: 6,016 IC: 2,485 – 14,564).

Dentro de las dimensiones en actitudes y conocimientos frente a la prevención de sismos, presentan de forma adecuada un 86% en el aspecto general de sismo, 89% en tipología del comportamiento

humano donde incluyendo ideologías y seguridad del participante, 66% en el punto de medios de comunicación, 79% en medidas preventivas ante la ocurrencia de sismo; puntos como mochila de emergencia, participación en simulacros, capacitaciones y soporte vital; 83% en reconocimiento de la responsabilidad Institucional; tanto de la institución de estudio/trabajo como en las brigadas de emergencia – COE; 13% en plan de contingencia y en 58% sobre identidad institucional.

El análisis multivariado mediante el modelo de regresión logística, arroja que los factores de riesgo que están presentes para realizar actitudes negativas, se encuentra el grado universitario, las personas que conviven con personas con discapacidad, la no experiencia vivida de un terremoto, el no pertenecer a una brigada de emergencia, no

Tabla 1: Características Generales de la Población

CARACTERÍSTICAS	CONDICIÓN		POBLACIÓN MEDIA FRECUENCIA
	UNIVERSITARIO MEDIA FRECUENCIA	MÉDICO MEDIA FRECUENCIA	
Grado académico	347 (75,4)	113 (24,6)	460 (100)
Edad	21 +/- 2 (20)	42 +/- 11 (42)	25,97 +/- 10,6
Género			
Femenino	186 (53,6)	61 (54)	247 (53,7)
Masculino	161 (46,4)	52 (46)	213 (46,3)
Estado Civil			
Soltero	342 (98,6)	46 (40,7)	388 (84,3)
Casado	5 (1,4)	61 (54,0)	66 (14,3)
Conviviente		1 (0,9)	1 (0,2)
Divorciado		5 (4,4)	5 (1,1)
Dependencia			
Dependencia de los Padres	335 (96,5)	1 (0,9)	336 (73,0)
Dependencia de los hijos	3 (0,9)	63 (55,8)	66 (14,3)
Dependencia de los padres e hijos	3 (0,9)		3 (0,7)
No hay dependencia	6 (1,7)	49 (43,4)	55 (12,0)
Personas con discapacidad en casa	24 (6,9)	15 (13,3)	39 (8,5)
Tiempo de Residencia en Ica	15 +/- 8 (19)	18 +/- 16 (14)	16 +/- 10,6 (19)
Sector Social			
Rural	25 (7,2)	4 (3,5)	29 (6,3)
Urbano	322 (92,8)	109 (96,5)	431 (93,7)
Vivencia de un terremoto	306 (88,2)	96 (85,0)	402 (87,4)
Participación en simulacros	181 (52,2)	89 (78,8)	270 (58,7)
Número de participación en simulacros	2 +/- 2 (2)	2 +/- 1 (2)	2,26 +/- 1,5 (2)
Miembros de una Brigada	90 (25,9)	10 (8,8)	100 (21,7)
Mochila de Emergencia	95 (27,4)	21 (18,6)	116 (25,2)
Preparación en curso de prevención	165 (47,6)	41 (36,3)	206 (44,8)

Tabla 2: Grado de Actitud ante la ocurrencia de sismo

	p-valor (Chi2)	CONDICIÓN	
		OR	IC (95%)
Grado académico	0,000	2,264	1,466 – 3,496
Ciclo (1ero – 7mo)	0,021	3,789	1,164 – 12,339
Ciclo (1ero – 6to)	0,001	5,850	1,957 – 17,486
Primer año – Médico	0,000	14,114	5,600 - 35,568
Séptimo año – Médico	0,003	3,724	1,501 – 9,239
Edad (Corte en 26 años menor y mayor)	0,002	1,896	1,261 – 2,851
Género (Femenino – Masculino)	0,536	1,123	0,777 – 1,622
Estado Civil	0,024		
Soltero - Casado	0,015	1,912	1,125 – 3,248
Casado – Conviviente (m)	0,423	0,607	0,496 – 0,742
Dependencia	0,002		
Sí – No	0,609	1,158	0,659 – 2,035
Personas con discapacidad en casa	0,008	2,650	1,259 – 5,574
Religión	0,503		
Con religión – sin religión	0,813	0,845	0,209 - 3,420
Tiempo de Residencia en Ica (Corte 20)	0,014	1,597	1,100 – 2,319
Sector Social (Rural – Urbano)	0,299	0,671	0,315 – 1,430
Vivencia de un terremoto	0,003	2,473	1,346 – 4,543
Participación en simulacros	0,012	1,615	1,108 – 2,354
Miembros de una Brigada	0,000	2,439	1,544 – 3,852
Mochila de Emergencia	0,035	1,574	1,031 – 2,403
Preparación en curso de prevención	0,000	2,409	1,653 – 3,510

Tabla 3: Grado de actitud ante la ocurrencia de sismo según grado académico

		p-valor (Chi2)	OR	IC (95%)
ALUMNOS*	*Tiempo de Residencia en Ica (Corte 20)	0,140	1,385	0,898 – 2,137
	Vivencia de un terremoto	0,001	3,835	1,648 - 8,920
	Participación en simulacros	0,017	1,693	1,098 - 2,612
	Miembros de una Brigada	0,000	3,733	2,255 – 6,180
	Preparación en curso de prevención	0,000	2,709	1,743 – 4,211
MÉDICOS**	**Tiempo Residencia en Ica (Corte 20)	0,018	2,601	1,167 – 5,799
	Vivencia de un terremoto	0,456	1,481	0,525 – 4,184
	Participación en simulacros	0,269	0,579	0,218 - 1,536
	Miembros de una Brigada	0,452	0,609	0,166 – 2,240
	Preparación en curso de prevención	0,027	2,774	1,186 – 6,488

tener preparación en algún curso en prevención de desastre por sismo, y tener conocimientos incorrectos de sismo, como se muestra en la Tabla 6.

DISCUSIÓN

En el trabajo se encuentra que el 45,87% presenta actitudes positivas ante la prevención de sismos y un 87,61% tiene buenos conocimientos, siendo los universitarios quienes muestran mayores actitudes negativas y conocimientos incorrectos. En estudios realizados, Ostad Taghizadeh, y cols. (4), encuentran mayores frecuencias con un 90% en conocimientos correctos y un 97% de actitudes positivas pero que en la práctica presentan un 41% de forma correcta, menor fue la frecuencia que encontró, True y cols. (5), donde solo el 53% encontró con mayor del 75% de conocimientos correctos; Jasper y cols. (6), observa una

insuficiencia de conocimientos en el tema, donde solo un 20% tendría algún dominio en situaciones de desastres, Ocharán Portugal (10), encuentra el nivel de conocimientos sobre el plan Hospitalario en “Medio” con el 61,8% y “Bajo” en el 38,2% de los trabajadores, así como el 40% de los participantes no están capacitados ante una situación de desastre en el hospital.

De la población de estudio, el 45% ha llevado un curso, los médicos en un 36% y en mayor frecuencia con 48% de los estudiantes, al realizar el análisis multivariado se encuentra que aquellos que no están preparados por cursos en prevención de sismo se muestra como un factor de riesgo para padecer actitudes negativas en prevención de sismos (p-valor: 0,000, OR 2,696 IC: 1,7 – 4,2), resultados como Jasper y cols. (6),

Tabla 4: Conocimientos en sismos

	p-valor (Chi2)	OR	IC (95%)
Grado académico	0,048	2,158	0,990 – 4,707
Primer año – Médico	0,000	6,563	2,676 – 16,095
Séptimo año – Médico	0,066	2,983	0,891 – 9,985
Miembros de una Brigada	0,028	2,586	1,076 – 6,214
Preparación en curso de prevención	0,675	0,888	0,509 – 1,548

Tabla 5: Conocimientos en sismos según grado académico

		p-valor (Chi2)	OR	IC (95%)
Alumnos	Miembros de una Brigada	0,018	2,813	1,154 – 6,855
	Preparación en curso de prevención	0,405	0,773	0,422 – 1,417
Médicos	Miembros de una Brigada	0,361	0,922	0,872 – 0,975
	Preparación en curso de prevención	0,147	4,308	0,511 – 36,321

Tabla 6: Análisis multivariado mediante el modelo de regresión logística.

		p-valor	OR	IC (95%)
ACTITUDES NEGATIVAS	Grado académico	0,009	5,868	1,559 – 22,094
	Edad (Corte en 26 años)	0,648	0,783	0,274 – 2,240
	Estado Civil (Soltero – Casado)	0,644	0,796	0,301 – 2,101
	Dependencia (Sí – No)	0,127	0,459	0,169 – 1,247
	Personas con discapacidad (Sí – No)	0,006	3,204	1,403 – 7,319
	Tiempo de Residencia en Ica (< - >20)	0,050	1,544	0,999 – 2,385
	Vivencia de un terremoto (No - Sí)	0,004	2,693	1,374 – 5,276
	Participación en simulacros (No - Sí)	0,066	1,512	0,973 – 2,348
	Miembros de una Brigada (No - Sí)	0,006	2,136	1,241 – 3,677
	Preparación en curso de prevención	0,000	2,696	1,718 – 4,229
	Conocimiento ante prevención de sismo	0,000	4,785	2,110 – 10,853

demuestran que el 47% de los internos de medicina recibe entrenamiento formal en la preparación ante desastres en la escuela de medicina; 64% de estos programas de capacitación incluyen algún tipo de simulación y que el 60% de los internos no tiene ningún tipo de preparación, Corrigan y Samrasinghe (11), quienes establecieron los conocimientos en desastres en el personal de salud de un hospital, encuentran que el 59% habían recibido previamente educación de desastres; 38% asistieron a un ejercicio de simulación de desastres, y 13% habían respondido a un desastre real, donde tienen mejor respuesta en las simulaciones aquellos que han tenido alguna capacitación previa, por el contrario Abhinav Sinha y cols. (9), al evaluar a los estudiantes de medicina queda en claro que ningún conocimiento fue impartido formalmente a los estudiantes con respecto a la preparación y mitigación de desastres de emergencia, sino que sus conocimientos se debe a experiencias anteriores auto-aprendidas y del aprendizaje auto-adquirido sobre desastres; Soffer y col. (12), encuentran que el hablar con los amigos cercanos y miembros de la familia o lecturas sobre los terremotos, son factores de protección, el cual les instruyen para tomar correcciones las acciones en caso de un terremoto.

Con respecto a la integración en una brigada de emergencia para eventos de sismos, Ocharán Portugal (10), encuentra que el 31% forma parte de una brigada de emergencia, hallando una asociación significativa, donde el no pertenecer a una brigada ($p=0,036$) presenta un nivel de conocimiento "Bajo". En nuestro estudio, a través del análisis multivariado, se encuentra como factor de riesgo el no pertenecer a una brigada de emergencia para tener actitudes negativas ante la ocurrencia de sismo (p -valor: 0,006 OR: 2,136 IC: 1,2 – 3,7).

Concluyendo que los factores de riesgo para tener actitudes negativas, es el grado universitario, tener algún familiar con discapacidad, la falta de experiencia previa de un sismo, y el bajo conocimiento de sismo.

Así mismo se encontró como que el no pertenecer a una brigada de emergencia; el C.O.E. (Comité operativo de emergencias) de cada institución; y no llevar algún curso de preparación en desastres, representa un factor de riesgo para tener actitudes negativas, puesto que la educación previa, la participación de ejercicios de simulación y el aprendizaje auto-adquirido se obtiene una mejor preparación.

Demostrando que hay una necesidad de mejorar el nivel de preparación ante desastres, en la formación de las escuelas de medicina desarrollando aspectos que promuevan la retención de conocimientos para estar preparados ante desastres. Fomentar la capacitación continua del personal médico del Hospital Regional con cursos actualizados para optimizar la respuesta ante el aumento de demanda ante la ocurrencia de sismo, así como promover la participación activa en simulacros de manera responsable y seria para obtener una real evaluación de la actitud de estudiantes de la facultad de medicina del personal médico del Hospital Regional. Se tiene como un factor importante la integración a brigadas de emergencia desde primeros años en la Facultad de Medicina para aumentar y afianzar los conocimientos y a la vez mejorar la respuesta ante la ocurrencia de un sismo.

Se tiene limitación en este estudio, la población estudiantil y médica de una sola sede.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Terremoto de Pisco - Perú. A dos años del sismo, crónica y lecciones aprendidas en el sector salud Washington, D.C: PAHO; 2010.
2. ONEMI - Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. ONEMI - CHILE; 2014.
3. Salud OPdI. Modelo de organización del sector salud en situaciones de desastre. Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental. 2008.
4. Ostad Taghizadeh A, Hosseini M, Navidi I, Mahaki AA, Ammari H, Ardalan A. Knowledge, Attitude and Practice of Tehran's Inhabitants for an Earthquake and Related Determinants. PLOS Currents Disasters. 2012 August. Edition 1;1.
5. True NA, Adedoyin JD, Shofer FS, Hasty EK, Brice JH. Level of Disaster Preparedness in Patients Visiting the Emergency Department: Results of the Civilian Assessment of Readiness for Disaster (CARD) Survey. Prehospital and Disaster Medicine. 2013 January; 28(2): p. 127-131.
6. Jasper E, Berg K, Reid M, Gomella P, Weber D, Schaeffer A, et al. Disaster Preparedness: What Training Do Our Interns Receive During Medical School? American Journal of Medical Quality. 2013 Sep-Oct; 28(5): p. 407-13.
7. Endo S, Fuentes I, Vásquez T, Zavala J. Características del personal del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa y nivel de conocimiento de medidas de acción durante sismo. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Facultad de Medicina-UNMSM. 2007.
8. Tekeli-Yeşil S, Dedeoğlu N, Braun-Fahrländer C, Tanner M. Earthquake awareness and perception of risk among the residents of Istanbul. Natural Hazards. 2011 October; 59(1): p. 427-446.
9. Abhinav S, D.K. P, P.K. K, R. T, A. S. Knowledge, attitude and practice of disaster preparedness and mitigation among medical students. Disaster Prevention and Management. 2008; 17(4): p. 503-507.
10. Ocharán Portugal JD. Nivel de conocimiento del plan hospitalario y medidas de acción frente a situaciones de desastres en el Hospital Nacional Cayetano Heredia : año 2013. [Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres]. Universidad Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana Escuela de post-grado. 2013.
11. Corrigan E, Samrasinghe I. Disaster Preparedness in an Australian Urban Trauma Center: Staff Knowledge and Perceptions. Prehospital and Disaster Medicine. 2012 October; 27(5): p. 432-438.
12. Soffer Y, Goldberg A, Adini B, Cohen R, Ben-Ezra M, Palgi Y, et al. The relationship between demographic/educational parameters and perceptions, knowledge and earthquake mitigation in Israel. Disasters. 2011 January; 35(1): p. 36-44.



CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS GESTANTES SOBRE LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, ENERO 2017

Knowledge and Attitudes of the Pregnant on the Main Signs and Symptoms of Alarm in Pregnancy, Ica Regional Hospital, January 2017.

ARTÍCULO ORIGINAL

Rusber O.Sulca-Diaz^{1,a}, Rosario P. Peñafiel-Palomino^{1,a}, Juan A. De la Rosa-Ventura^{2,a}.

1. Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Ayacucho, Perú. 2. Dirección Regional de Salud de Ica. Ica, Perú.

a. Médico Cirujano.

Correspondencia:

Rosario del Pilar Peñafiel Palomino
Correo electrónico:
rosariodelpilarpeafielpalomino@
gmail.com
Teléfono: 99365915

Conflicto De Intereses: No
declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 15-02-2017

Aceptado: 23-02-2017

Publicado: 11-03-2017

CITAR COMO:

Sulca-Diaz RO, Peñafiel-Palomino RP, De la Rosa-Ventura JA. Conocimiento Y Actitudes De Las Gestantes Sobre Los Principales Signos Y Síntomas De Alarma En El Embarazo, Hospital Regional De Ica, Enero 2017. Rev méd panacea. 2017; 6(1): 23-27.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los conocimientos y actitudes sobre los principales signos y síntomas de alarma durante el embarazo en las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, enero 2017. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo y de corte transversal. En 150 gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica. Se empleó una encuesta como instrumento de recolección de datos. **Resultados:** Existe una asociación entre el nivel de conocimientos y las actitudes adoptadas por las gestantes ($X^2 = 89.303$; $gl=4$; $p=0.000$). El nivel de conocimiento es alto con un 70.7% y las actitudes son favorables con un 95.3%. El 70.7% tiene entre 20 a 34 años; el 61.3% son de estado civil conviviente, el 50% tienen grado superior y el 85.3% convive con su pareja, el 37.3% están gestando por primera vez, el 67.3% se encuentran en la segunda mitad del embarazo, el 86.7% conoce sobre los signos y síntomas de alarma, de estos el 96.7% refiere haber recibido la información por parte de un profesional de la salud. Los signos y síntomas de alarma más reconocidos por las gestantes fueron: el Sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico. **Conclusiones:** Existe una correlación entre las variables de estudio, ya que a mayor nivel de conocimiento se muestra una mejor actitud frente a los signos y síntomas de alarma.

Palabras clave: Signos, síntomas, alarma, embarazo, conocimientos, actitudes.

ABSTRACT

Objetivo: To determine the knowledge and attitudes about the main signs and symptoms of alarm during pregnancy in pregnant women hospitalized at the Obstetrics Service of the Regional Hospital of Ica, January 2017. **Materials and Methods:** A prospective, descriptive and Of cross-section. In 150 pregnant women hospitalized in the Obstetrics Service of the Regional Hospital of Ica. A survey was used as an instrument of data collection. **Results:** There is an association between the level of knowledge and the attitudes adopted by pregnant women ($X^2 = 89.303$; $gl = 4$; $p = 0.000$). The level of knowledge is high with 70.7% and attitudes are favorable with 95.3%. 70.7% are between 20 and 34 years old; 61.3% are married, 50% have a higher degree and 85.3% live with their partner, 37.3% are pregnant for the first time, 67.3% are in the second half of pregnancy, 86.7% are aware of The signs and symptoms of alarm, of these 96.7% refer to having received the information from a health professional. The signs and symptoms of alarm most recognized by pregnant women were: Vaginal bleeding, fever and loss of amniotic fluid. **Conclusions:** There is a correlation between the study variables, since a higher level of knowledge shows a better attitude towards the signs and symptoms of alarm.

Keywords : Signs, symptoms, alarm, pregnancy, knowledge, attitudes

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso normal que se traduce en una serie de cambios fisiológicos. Sin embargo, puede ir acompañado de algunas complicaciones potencialmente peligrosas para el binomio madre-niño (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y el producto de la concepción están en peligro (2). Entre los principales signos y síntomas de alarma en las gestantes reconocidos por el Ministerio de Salud (MINSa) tenemos: cefalea intensa, zumbido de oído, visión borrosa, náuseas y vómitos incoercibles, disminución o ausencia de movimientos fetales, palidez y fatiga marcada, hinchazón de pies, manos y cara, pérdida de líquido y sangrado vaginal (3). Para garantizar el nacimiento de un recién nacido sano, con un riesgo mínimo para la madre, se hace uso del control prenatal, el cual va dirigido a la enseñanza de los signos y síntomas de alarma (4).

En la actualidad, la mortalidad materna es considerada un problema de salud pública, siendo las complicaciones relacionadas con el embarazo la primera causa de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva (5).

En nuestro país las principales causas de morbimortalidad materna directas registradas fueron: hemorragia (40,2%), hipertensión inducida por el embarazo (32%), aborto (17,5%) e infecciones relacionadas al embarazo (4,1%) (1). Complicaciones que pudieron prevenirse si se tuviera conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma (1). El Ministerio de Salud del Perú, dentro del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna, toma en cuenta el modelo de las "cuatro demoras", que incide en la identificación de los signos de alarma (1,5).

Que la gestante tenga conocimientos correctos, hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se tomen acciones positivas. De ahí radica la importancia de capacitar a las mujeres para reconocer los principales signos y síntomas de peligro y así colaborar en la búsqueda temprana de ayuda y como consecuencia reducir las complicaciones obstétricas (1,3,6,7).

El presente trabajo de investigación tiene relevancia ya que existe ausencia de sólidas líneas de investigación con respecto a éste tema en gestantes de la población iqueña, además siendo el nivel de conocimiento y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma un punto clave dentro de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna nos motiva a realizar la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre los principales signos y síntomas de alarma durante el embarazo, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero 2017?

El objetivo de ésta investigación fue determinar los conocimientos y actitudes sobre los principales signos y síntomas de alarma, características sociodemográficas, obstétricas y fuentes de información en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, Enero 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo y de corte transversal.

La población estuvo conformada por 187 gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, siendo esta la cifra promedio – mensual de gestantes hospitalizadas en el año 2016. Se empleó un tipo de muestreo por conveniencia. La muestra estuvo conformada por 150 gestantes. Se procedió a realizar la recolección de datos por medio una encuesta diseñada y validada por Flores Bazan Miluska e Ylatoma Melendez Carmit en la tesis titulada "Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, Junio – Setiembre 2012; en la Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto.

La encuesta está estructurada de la siguiente manera: datos sociodemográficos (4 ítems), datos obstétricos (2 ítems), fuentes de

información (5 ítems), signos y síntomas más frecuentes (1 ítem), nivel de conocimiento (14 ítems) y actitudes (12 ítems). Como se mencionó anteriormente para medir la variable conocimiento la encuesta constó de 14 preguntas, cada una de ellas con una valoración de 05 puntos que dan una suma total de 70. La clasificación de las respuestas se agrupó de la siguiente manera: alto: 41-70 puntos, medio: 21- 40 puntos y bajo: 0- 20 puntos. Para medir la variable actitud la encuesta constó de 12 preguntas cada una de ellas con 05 alternativas estructuradas bajo el sistema Likert, con una valoración de 1 a 5 puntos según las afirmaciones vertidas por el encuestado, haciendo una puntuación total de 60 puntos. La clasificación de las respuestas se agrupó de la siguiente manera: favorable: 42- 60 puntos, indiferente: 29- 41 puntos y desfavorable: 12 – 28 puntos.

Criterios de inclusión: Participación voluntaria en el desarrollo de la encuesta (firmaron el consentimiento informado, en menores de edad; el apoderado firmó la autorización). Criterios de exclusión: Gestantes con alteraciones mentales o alguna discapacidad auditiva y/o vocal.

Una vez recolectados los datos se procedió al análisis de los mismos mediante tablas y gráficos usando el paquete estadístico SPSS Vs 22, para luego ser procesada y expresada en frecuencias y porcentajes. Para establecer la relación entre las variables (conocimiento y actitudes) se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado (x²).

RESULTADOS

En la tabla N°01, Según las características sociodemográficas de las 150 gestantes encuestadas se encontró que el 70.7% se encontraron entre las edades de 20 a 34 años; 61.3% son convivientes, 36.7% tienen grado de secundaria completa y el 85.3% refirió vivir con su pareja actualmente. Entre los datos obstétricos, se observó que el 37.3% están gestando por primera vez, con una mediana de gestación de 2; y el 67.3% se encuentran en la segunda mitad del embarazo. Con respecto a la fuente de información, el 86.7% manifestó conocer sobre los signos y síntomas de alarma, de éstos el 80.7% refiere haber recibido la información por parte de un profesional de la salud, de los cuales 96.7% entendieron la información brindada. El 60.7% refiere haber presentado algún signo o síntoma de alarma durante su embarazo actual.

Tabla 1: Características generales en las gestantes encuestadas en el Hospital Regional de Ica, enero 2017

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
		N=150	(%)
Edad	20-34	106	70.7
Estado civil	Conviviente	92	61.3
Grado de instrucción	Sec. completa	55	36.7
¿Con quién vive?	Pareja	128	85.3
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS			
N° de gestación	Primigestas	56	
Edad gestación	Igual o mayor a 22 Semanas	101	
FUENTES DE INFORMACIÓN			
¿Conoce los signos y síntomas de alarma?	Si	130	86.7
¿De quién recibió información?	Profesional de salud	121	80.7
¿Entendió la información?	Si	117	78
¿Está conforme con el CPN?	Si	133	88.7
¿Presento algún signo o síntoma de alarma?	Si	91	60.7

En la tabla N°02, con respecto a los signos y síntomas de alarma más reconocidos por las gestantes fueron con un 77.3% el sangrado vaginal, fiebre, pérdida de líquido amniótico.

El nivel de conocimiento de las gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Ica en relación a los signos y síntomas de alarma es en un 70.7% alto, 27.3% medio y 2.0% bajo. (Tabla N°03).

En cuanto a las actitudes de las en relación a las gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Ica en relación a los signos y síntomas de alarma es en un 95.3% favorable, 4% indiferente y 1% desfavorable (Tabla N° 04).

En relación a la asociación entre el nivel de conocimiento y actitudes en las gestantes sobre los principales signos y síntomas de alarma durante el embarazo, se observa que el 74.1% de las gestantes con un nivel de conocimiento alto tuvieron una actitud favorable, el 66.7% con

un nivel de conocimiento medio una actitud indiferente, y 100 % de las gestantes con un nivel de conocimiento bajo una actitud desfavorable.

Se observa en los resultados, dependencia entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente a los principales signos y síntomas de alarma durante el embarazo, siendo el X^2 crítico igual a 9, 49 ubicado en la tabla de valores con un grado de libertad de 4 y una probabilidad de 0.05, menor que el X^2 calculado en la Tabla N°05 igual a 89,303, por lo que se obtiene que el X^2 crítico es menor que el X^2 calculado y se decide rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación, además los indicadores de probabilidad indican que dicha dependencia es significativa ($X^2= 89,303$ y $p=0.000$) y muestran que a mayor nivel de conocimiento existe una mejor actitud frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo (Tabla N°05).

Tabla 2: Reconocimiento de los signos y síntomas en el embarazo en las gestantes encuestadas en el Hospital Regional de Ica, enero 2017.

Signos y síntomas de alarma en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Convulsiones, dolor de cabeza, contracciones uterinas antes de las 37 semanas	15	10
Infección urinaria, edemas, disminución de movimientos fetales	13	8.7
Sangrado vaginal, fiebre, pérdida de líquido amniótico	116	77.3
Náuseas y vómitos incoercibles, trastornos visuales, hipertensión	6	4
Total	150	100

Tabla 3: Nivel de Conocimiento sobre los principales signos y síntomas de alarma en las gestantes encuestadas en el Hospital Regional de Ica, enero 2017.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alto	106	70.7
Medio	41	27.3
Bajo	3	2
Total	150	100

Tabla 4: Actitudes sobre los principales signos y síntomas de alarma en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero 2017.

Actitud	Frecuencia	Porcentaje (%)
Favorable	143	95.3
Indiferente	6	4
Desfavorable	1	0.7
Total	150	100

Tabla 5: Relación entre nivel de conocimiento y actitudes sobre los principales signos y síntomas de alarma en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero 2017.

			Nivel de Conocimientos			Total
			Alto	Medio	Bajo	
Actitud	Favorable	Recuento	106	37	0	143
		% dentro de Actitud	74.10%	25.90%	0.00%	100.00%
		% dentro de Nivel de Conocimientos	100.00%	90.20%	0.00%	95.30%
	Indiferente	Recuento	0	4	2	6
		% dentro de Actitud	0.00%	66.70%	33.30%	100.00%
		% dentro de Nivel de Conocimientos	0.00%	9.80%	66.70%	4.00%
	Desfavorable	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Actitud	0.00%	0.00%	100.00%	100.00%
		% dentro de Nivel de Conocimientos	0.00%	0.00%	33.30%	0.70%
	Total	Recuento	106	41	3	150
		% dentro de Actitud	70.70%	27.30%	2.00%	100.00%
		% dentro de Nivel de Conocimientos	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

$X^2 = 89.303$; $gl=4$; $p=0.000$

DISCUSIÓN

En nuestro estudio con respecto a los datos sociodemográficos observamos que del total de gestantes encuestadas el 70.7% perteneció al grupo etario de 20 a 34 años, resultado similar a lo obtenido en los trabajos de investigación de Regalado (8) con un 64.3%, Ochoa (9) con 62.94% y en menor porcentaje pero de mayor prevalencia en ellos, Nava (10) con 43%, Paucar (11) con 58.5% y Flores (12) con 54.8%. En cuanto al estado civil en nuestro estudio se encontró que el 61.3% eran convivientes, resultados similares a los encontrados por Nava (10) donde el 43% eran convivientes, y Flores (12) con un 77.4%, éstos discrepan de los resultados obtenidos por Paucar (11) donde señala que 36.6% fueron casadas, Ochoa (9) 34.94% casadas al igual que solteras, Hoque (13) 68% solteras y Gebrehiwot (14) 92.4% casadas. Con respecto al grado de instrucción en nuestro estudio el 36.7% presentó secundaria completa, 50% grado superior y 1.3% primaria incompleta, resultado similar a lo obtenido por los estudios realizados por Paucar (11) con 54.5% secundaria completa, 7.9% grado superior y 1% sin grado de instrucción; Flores (12) 45.2% secundaria completa, 3.2% grado superior y 6.4% primaria incompleta, resultados que difieren en los estudios de Nava (10) con un 50% primaria incompleta, 7% secundaria completa y 3% grado superior; Ochoa (9) con un 47.55% secundaria incompleta, 17.48% secundaria completa y 0.7% primaria incompleta, y Mwilike (15) con un 45.6% primaria completa, 44.8% secundaria completa y solo 1.3% con estudios superiores.

Dentro de los datos obstétricos en nuestro estudio se observó que el 37.3% eran primigestas y un 30% segundigestas, siendo la mediana 2 gestaciones, resultado similar en los estudios realizados por Martínez (16) con un 52.6% primigestas y 34.5% segundigestas, Paucar (11) con 39.6% primigestas y 27.7% segundigestas, con una mediana de 2 gestaciones, esta última igual a lo hallado por Ticona (4) y difiriendo los resultados en el trabajo de Flores (12) con 45.2% de segundigestas y 35.5% de primigestas. En cuanto al tiempo de gestación obtuvimos que el 67.3% se encontraban en la segunda mitad del embarazo no pudiendo comparar con otros estudios por el método de clasificación de las etapas de la gestación.

En nuestros resultados sobre fuentes de información se encontró que el 86.7% de las gestantes conocían o habían oído hablar sobre los signos y síntomas de alarma y un 13.3% no los conocían, estos datos se aproximan a los estudios realizados por Regalado (8), Mwilike (15), Gebrehiwot (14), Martínez (16) y Nava (10) con un 88.6%, 87.2%, 79.6%, 74.1% y 70% que conocían o habían oído hablar sobre los signos y síntoma de alarma respectivamente, caso contrario con los trabajos de Bogale (17) y Yinager (18) con un 68.1% y 75.9% que no conocían o no habían oído hablar sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Con respecto a quién brindó la información sobre los signos y síntomas de alarma en nuestro estudio se encontró que el 80.7% fue por medio del profesional de la salud, dichos resultados similares a los estudios de Mwilike (15), Gebrehiwot (14), Paucar (11), Flores (12), Martínez (16), Nava (10) y Regalado (8) con un 93.7%, 81.5%, 73%, 71%, 63.8%, 53.3% y 47.4% respectivamente. En nuestro estudio del 80.7% que recibieron información por parte de un profesional de salud, el 96.7% entendió la información brindada. Al mismo tiempo se indagó si estaban conformes con la atención en sus controles prenatales resultando que el 88.7% se encontraban conformes con dicha atención.

Con respecto si presentó algún signo o síntoma de alarma durante su gestación actual, se encontró que el 60.7% presentó algún signo o síntoma de alarma; resultados que difieren con los estudios de Flores (12), Ochoa (9) y Martínez (16) donde el 77.4%, 66.43% y el 50% no presentaron ningún signo o síntoma de alarma respectivamente.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio el 77.3% de las gestantes identificaron entre los signos y síntomas de alarma más reconocidos: el sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico, resultado similar a los estudios de Regalado (8) y Flores (12) donde el 34.3% y 41.9% identificaron el sangrado vaginal, fiebre y

pérdida de líquido amniótico como los signos de alarma más reconocidos por ellas respectivamente, en forma particular los estudios de Paucar (11), Scovia (19), Yinager (18) y Gebrehiwot (14) reconocen que el 40%, 80%, 71.3% y 61.9% identifican al sangrado vaginal como el signo de alarma más frecuente respectivamente. Caso contrario en los estudios realizados por Ticona (4), Martínez (16) y Mwilike (15) donde lo más reconocido fueron las náuseas con un 33%, edema de manos y pies con un 81.9% y la reducción de movimientos fetales con un 100% respectivamente.

En cuanto al nivel de conocimientos en nuestro estudio se observó que el 70.7% presentó un nivel de conocimiento alto, 27.3% conocimiento medio y 2% conocimiento bajo, similar a lo obtenido en el estudio de Flores (12) con 51.6% con un nivel de conocimiento alto, 48.4% medio y ninguno bajo, caso contrario a lo reportado por Aldave (20) con un 63.6% con un nivel de conocimiento medio, seguido de 29.9% bajo y 6.5% alto, al igual que Regalado (8) donde el 38.6% tuvieron nivel conocimiento medio.

De nuestros resultados obtuvimos que el 95.3% tuvieron una actitud favorable, 4% indiferente y 0.7% desfavorable, resultados similares al estudio de Ochoa (9) y Flores (12) donde el 81.48% y 96.8% tuvieron una actitud favorable respectivamente.

En cuanto a la relación entre conocimiento y actitudes en nuestro estudio se encontró asociación entre las variables, las gestantes con mayor nivel de conocimiento tenían mejores actitudes ante los signos de alarma durante el embarazo ($X^2= 89,303$ y $p=0.000$), resultado similar a lo encontrado por Flores (12) que encontró una relación de a mayor conocimiento mejor actitud, por el contrario en el estudio realizado por Mwilike (15) se encontró que la mayoría de gestantes con un nivel de conocimiento bajo tenían una actitud favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013; 30(3): 461-4. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v30n3/a15v30n3.pdf>
2. Ministerio de Salud de Perú. Salud Materna: Maternidad Responsable [Internet] [Acceso 15 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_77.a.sp
3. Mazza MM, Vallejo CM, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012; 72(4): 1-16.
4. Ticona-Rebagliati D, Torres-Bravo L, Veramendi-Espinoza L, Zafra-Tanaka JH. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 60 (2): 123-130.
5. Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud del Perú. La maternidad saludable y segura, estrategia para reducir la mortalidad materna. *Boletín Epidemiológico - semana epidemiológica N°23*. 2013 22(23): 498-499.
6. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Abogar por la salud hacia el desarrollo sostenible y la equidad: liderar con el ejemplo. Informe Anual de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana. 2015.
7. Organización Panamericana de la Salud. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. Hallazgos de un estudio piloto en ocho países. CEPAL – Serie Población y desarrollo. 2013.
8. Regalado-Avendaño DC. Nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas del Hospital de Chancay período en el mes de Enero-2015 [tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia]. Huacho: Universidad Alas Peruanas; 2015. pp 45.

9. Ochoa Sánchez MF, León Muñoz LE. Conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en las pacientes de la consulta externa de los Centros de Salud del Valle y Ricaurte. Cuenca-Ecuador. 2016 [tesis para optar el título profesional de Médico]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; 2016. pp 57.
10. Nava F, Fernández CD, Gorena RA, Valda E, Yucra VY. Signos y síntomas de alarma en el embarazo Hospital Virgen de Remedios. Sopachuy 2013. Archivos Bolivianos de Medicina. 2014; 21(89):10-15.
11. Paucar Jimbo AB, Pañi Parapi KA. Nivel de conocimientos y prácticas sobre los cuidados durante el embarazo de las madres gestantes que acuden al Centro de Salud Carlos Elizalde. Cuenca, 2016 [tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas Carrera de enfermería; 2017. pp 90.
12. Flores Bazán M, Ylatoma Meléndez C. Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, Junio-Setiembre 2012. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. San Martín: Escuela de pregrado, Universidad Nacional de San Martín. 2012. pp 88.
13. Hoque M, Hoque ME. Knowledge of danger signs for major obstetric complications among pregnant KwaZulu-Natal women: implications for health education. Rev. Asia Public Health. 2011; 23(6):946-56.
14. Gebrehiwot H, Bahta S, Haile N. Awareness of danger signs of pregnancy and its associated factors among pregnant women who visit anc in mekelle public hospital. Ajjad. 2014; 2(2):164-173
15. Mwilike B. Knowledge of danger signs during pregnancy and subsequent health seeking actions among women in kinondoni municipality, Tanzania. [Tesis para optar el título de master en enfermería]. Tanzania: Escuela de Postgrado, makerere university; 2013. pp 56
16. Martínez Castillo F, Pineda Quijandria M, Umana Bonilla G. Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en San Jacinto, Departamento de San Salvador, de abril a junio de 2010 [Tesis para optar título profesional de enfermería]. El Salvador: Escuela de pregrado, Universidad de El Salvador; 2010. pp 125.
17. Bogale D, Markos D. Knowledge of obstetric danger signs among child bearing age women in Goba district, Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15: 1-8
18. Yinager W, Melese S, Melkamu M. Knowledge of obstetric danger signs and its associated actors in Arba Minch town, Ethiopia. American Journal of Health Research, 2014; 2(5): 255-259.
19. Scovia N, Nakimuli A, Othman K. Does knowledge of danger signs of pregnancy predict birth preparedness? A critique of the evidence from women admitted with pregnancy complications. Health Res Policy Syst. 2014; 12: 60
20. Aldave Torres Y, Meza Mejía R, Valverde Changa L. Nivel de conocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Lauriama de la Provincia de Barranca, periodo marzo 2011 – Marzo 2012 [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2013. pp 53.



RELACIÓN ENTRE HELICOBACTER PYLORI Y PATOLOGÍAS DIGESTIVAS ALTAS POR BIOPSIA Y ENDOSCOPIA EN UN HOSPITAL GENERAL EN ICA, PERÚ.

Relationship Between Helicobacter pylori and High Digestive Pathologies for Biopsy and Endoscopy In General Hospital of Ica, Peru

ARTÍCULO ORIGINAL

Huachua Piñas Brissette L¹, Meza García Karoll T¹, Oscco Álvarez Diana E¹, Miranda Soberón U²

1. Dirección Regional de Salud de Ica. Ica, Perú. 2. Hospital Regional de Ica. Ica, Perú.

Correspondencia:

Karoll Tatiana Meza García.
Dirección: Urb. Villa del periodista
A-06, Ica - Perú
Correo electrónico:
karito_tati@hotmail.com
Teléfono: 944248204.

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 18-02-2017

Aceptado: 26-02-2017

Publicado: 15-03-2017

CITAR COMO:

Huachua-Piñas BL, Meza-García KT, Oscco-Álvarez DE, Miranda-Soberón U. Relación entre Helicobacter pylori y Patologías Digestivas Altas por Biopsia y Endoscopia en un Hospital General en Ica, Perú. Rev méd panacea. 2017; 6(1): 28-35.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre Helicobacter pylori y patologías digestivas altas mediante biopsia dirigida por endoscopia en el Hospital Regional de Ica, diciembre 2016 y enero 2017. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, cuya muestra estuvo conformada por 228 pacientes escogidos de forma aleatoria, que acudieron a consultorio de procedimientos endoscópicos gastrointestinales del Hospital Regional de Ica durante diciembre del 2016 y enero del 2017. Para determinar la relación entre Helicobacter pylori y patologías digestivas altas, creamos un instrumento de recolección de datos, se realizó el análisis exploratorio, univariado y bivariado (OR, Chi² y ANOVA), en la base de datos SPSS 22. **Resultados:** La relación entre presencia de Helicobacter pylori y Gastritis crónica (p=0.00) fue significativa, no se encontró relación con otra patología. El proceder de lugares diferentes de Ica se encontró asociado a infección por Helicobacter pylori, siendo un factor protector (OR: 0.25, p=0.04), el ingerir verduras y frutas tienen asociación significativa con la infección, comportándose como factores protectores (p<0.05), y el consumo de carnes y tubérculos incrementan la probabilidad de infectarse con el microorganismo (ORc: 2.63 y ORt: 2.29, p<0.05). **Conclusiones:** Existe relación entre Gastritis crónica e infección por Helicobacter pylori, consumir verduras y frutas disminuye la probabilidad de infección, mientras que consumir abundantes carnes y tubérculos incrementan el riesgo de infección; y residir fuera de Ica es un factor que disminuye la probabilidad de infectarse.

Palabras clave: Helicobacter pylori, Gastritis, neoplasias gástricas biopsia, endoscopia.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the presence of Helicobacter pylori and upper digestive pathologies by endoscopy-guided biopsy at the Regional Hospital of Ica, December 2016 and January 2017. **Materials and Methods:** A cross-sectional, observational, descriptive study was performed. 228 randomly selected patients who visited the gastrointestinal endoscopic procedures of the Regional Hospital of Ica during the months of December 2016 and January 2017. To determine the relationship between the presence of Helicobacter pylori and upper digestive pathologies, we created an instrument (OR, Chi² and ANOVA) were analyzed in the SPSS 22 database. **Results:** The relationship between the presence of Helicobacter pylori and chronic gastritis (p = 0.00) is significant, No relationship was found with other pathology. The procedure of different sites of Ica is associated with Helicobacter infection, being a protective factor (OR: 0.25, p = 0.04), ingesting vegetables and fruits have a significant association with infection, behaving as protective factors (p <0.05), And the consumption of meats and tubers increases the probability of being infected with the microorganism (ORc: 2.63 and ORt: 2.29, p <0.05). **Conclusions:** There is a relationship between chronic Gastritis and Helicobacter pylori infection, consuming vegetables and fruits reduces the probability of infection, while consuming abundant meats and tubers increase the risk of infection; And residing outside of Ica is a factor that decreases the probability of becoming infected.

Keywords: Helicobacter pylori, Gastritis, stomach neoplasms, biopsy, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

El microorganismo *Helicobacter pylori* se encuentra relacionado a numerosas patologías gástricas benignas y malignas, se estima que afecta aproximadamente al 50-60% de la población mundial, con una incidencia anual en países desarrollados y no desarrollados respectivamente de 0.3-0.7% y 6-14% (1); considerándose como la infección humana más frecuente (2,3,4). Los países con mayor prevalencia a nivel mundial de infección por el microorganismo son: Islandia (88.5%), Rusia (88%), y Nigeria (85%) entre otros (3). En América del sur los países con mayor prevalencia son: Brasil (82%) y Chile (72%) (4). En Perú la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* es muy variable (58.7%) (20); se encuentra afectada por la edad, siendo más frecuente en jóvenes; el nivel socioeconómico, siendo el nivel bajo con mayor porcentaje en comparación con los niveles medio y alto; así también las cepas de *Helicobacter* en Perú son similares a las de España y Europa, pero muy distintas a la de Japón y China (5). Según la Dirección Regional de Salud de Ica, en el año 2016, se reportó 16 casos de infección por *Helicobacter pylori*, no reportándose ninguno del Hospital Regional de Ica. Las patologías digestivas altas más frecuentes en los hallazgos anatomopatológicos fueron Gastritis crónica no especificada y hemorragia digestiva alta sin especificar (6). Hay ciertos factores que podrían estar involucrados con la infección por *Helicobacter pylori* y el desarrollo de estas enfermedades, siendo factores de carácter nutricional o inmunológico, tales como la ingesta de antioxidantes en vegetales y frutas frescas, consumo de agua, vitaminas A, C y E, y el tipo de respuesta a la inflamación gástrica producida por *Helicobacter pylori* (7,8,9,10).

Se han realizado diversos estudios determinando la relación entre *Helicobacter pylori* y patologías digestivas altas, así podemos mencionar a Sierra J. y Col. que, en el año 2015, realizaron una carta al editor titulada *Helicobacter pylori* y el desarrollo de patologías gástricas, en Colombia, hallando que las patologías gastrointestinales como la Úlcera péptica y el cáncer gástrico, son enfermedades infecciosas causadas principalmente por el *Helicobacter pylori* (11), así también Días I. y col., realizaron el año 2015, un estudio titulado "Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con diferentes patologías gastrointestinales en el norte de Brasil"; siendo un estudio prospectivo, donde se recogieron muestras de 554 pacientes con diferentes enfermedades gastrointestinales (gastritis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, y el cáncer gástrico) atendidos en un hospital, siendo observados en el sector de la endoscopia del Hospital Ofir Loiola desde 2013 hasta 2014. Se concluyó que, la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* fue del 91%, las patologías más frecuentes fueron: úlcera gástrica y cáncer gástrico., y que hubo predominio de hombres y pacientes de edad avanzada (12).

Existen diversos esquemas de tratamiento para la erradicación del *Helicobacter pylori*, así Bernuy P y Col., en el año 2013, realizaron un estudio titulado "Eficacia de los tratamientos para la infección por *Helicobacter pylori* en una clínica particular", en Perú. Fue un estudio clínico descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en base a revisión de historias clínicas de pacientes con dispepsia, diagnosticados por biopsia gástrica mediante estudio histopatológico de tener infección por *Helicobacter pylori*, haber recibido tratamiento contra el microorganismo, y regresado para determinar si hubo o no erradicación mediante una biopsia de control, durante el periodo 2003-2011. Se analizaron los diferentes esquemas y su eficacia. Se hizo 4 968 endoscopias altas y biopsias gástricas a dispepticos en la Clínica particular; de estas, 2 504 resultaron positivas para *Helicobacter pylori* (50,4%). Solo 316 pacientes regresaron para conocer si habían erradicado o no la infección después del tratamiento. De estos en 287 se obtuvo adecuada información de las historias clínicas. Se obtuvo que, la frecuencia de erradicación global fue 74,6% (214/287). El esquema Omeprazol, Amoxicilina, y Claritromicina (OAC) fue el más usado: en 105, por 10 días con 77,1% de erradicación; en 118, por 14 días con 72% de erradicación. El esquema Esomeprazol, Amoxicilina y Claritromicina por 14 días tuvo un porcentaje de erradicación de 76,9%,

y se usó en 13 pacientes. Solo el 16,6 % de los que reciben tratamiento anti-*Helicobacter pylori* en la Clínica regresaron a consulta para conocer si erradicaron o no la infección. El esquema Omeprazol, Amoxicilina y Claritromicina por 10 días tuvo la mayor erradicación (13).

En el Perú (14) y en nuestra región (15) existen pocos estudios sobre la relación entre *Helicobacter pylori* y patologías digestivas altas; de este modo surge el interés de investigar dicho tema, en el Hospital Regional de Ica, teniendo como finalidad determinar la situación actual, recomendar intervenciones y/o mejoras para la detección precoz y tratamiento oportuno.

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio Observacional descriptivo transversal, durante los meses de diciembre del 2016 y enero del 2017. Seleccionamos a 228 pacientes que se sometieron al procedimiento de endoscopia digestiva alta y a toma de muestra para estudio anatomopatológico en el Hospital Regional de Ica, de un total de 576 pacientes; utilizando el programa Epidat 3.1, con un nivel de confianza del 95%, proporción esperada de 40% y una precisión del 5%. Nuestra muestra representó el 39,5% de la población accesible, la cual fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple. Los criterios de inclusión fueron: 1) Firmar y aceptar el consentimiento y asentimiento informado, 2) Contar con sintomatología digestiva y que acudan a consultorio de Gastroenterología del Hospital Regional de Ica en diciembre del 2016 y enero del 2017, 3) Tener muestra para estudio anatomopatológico, 4) Responder correctamente el cuestionario, 5) no contar con patología digestiva previa en tratamiento y 6) Si es menor de edad debe contar con evaluación de la especialidad de pediatría previo procedimiento. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Regional de Ica.

Elaboramos un instrumento compuesto por: 1) Ficha de recolección de datos y 2) Cuestionario sobre alimentación, hábitos nocivos, diagnóstico observacional, diagnóstico anatomopatológico y presencia de *Helicobacter pylori*.

La validación del contenido fue mediante un juicio de expertos integrado por un gastroenterólogo, un médico especialista en salud pública y un médico internista, mediante la prueba de concordancia, que permitió mejorar el instrumento; simultáneamente se calibró y estandarizó el instrumento invasivo a utilizar: endoscopio, con un patrón (Gold estándar) que aseguró la validez y confiabilidad de las medidas. La validación del instrumento se realizó mediante una prueba piloto en una muestra de 30 personas, cuyos datos fueron ingresados al programa Epidat 3.1 y evaluados mediante la prueba de alfa de Crombach (0.7).

La información fue almacenada con el programa Microsoft Excel 2010, para procesarla mediante el software SPSS versión 22. Realizamos el análisis exploratorio, que permitió: detectar datos perdidos y extremos para ser eliminados; así como, calcular y recodificar variables.

Se realizó el análisis univariado (frecuencia, media, porcentaje y desviación estándar) y bivariado (OR, Chi 2, y ANOVA); determinándose un valor "p" menor a 0,05 como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

La edad promedio de los participantes fue de 54.98 + 17.39 años; con relación al género, fueron más varones (55.70%) que mujeres (44.30%) (Tabla 1). Los participantes mayores de 30 años representan el 89% del total, mientras que los menores de 30 años representan el 11%. Según el lugar de procedencia, más de la mitad de los pacientes eran procedentes de Ica (89.00%), así también provenían de Ayacucho (7.00%), Arequipa (1.75%), Lima (1.31%), Loreto (0,43%) y un paciente de nacionalidad China (Tabla 2).

De acuerdo al estado civil, la mayoría era conviviente y/o casado (89.50%), y los solteros representaron el 10.50%. El 47.80% de los pacientes presentan un grado de instrucción inferior a secundaria completa y el 52.20% tiene un grado de secundaria completa, superior técnico y superior. Del total de pacientes, los que no trabajan representan un 31.20% y los que trabajan representan el 68.80% (Tabla2).

Al evaluar el porcentaje de pacientes de acuerdo a las características ya mencionadas con la presencia de Helicobacter pylori en estudio anatomopatológico mediante biopsia, podemos mencionar que, de acuerdo al género, las mujeres presentaron mayor infección por Helicobacter pylori con respecto a los varones (52.70% vs 47.30%), pero no existe una relación de dependencia significativa entre el género y la infección (Chi²: 2.087, p = 0.14); los pacientes mayores de 30 años

tuvieron mayor porcentaje de casos positivos para Helicobacter pylori (83.60%), con relación a los menores de 30 años (16.40%), pero no se encontró relación de dependencia significativa entre la edad y la infección por Helicobacter pylori (Chi²: 2.64; p = 0.14) (Tabla 1) (Gráfico1).

Los pacientes procedentes de Ica tuvieron un porcentaje de infección por Helicobacter pylori de 96.40%, mientras que los procedentes de otros lugares presentaron un porcentaje de 3.60%; se encontró relación de dependencia significativa entre la procedencia y la infección por Helicobacter pylori (Chi²: 3.98, p = 0.04), así mismo se encuentran asociadas ambas variables (OR: 0.25, p=0.04); siendo un factor protector el proceder de otros lugares (Tabla 2).

El porcentaje de pacientes solteros y positivos para Helicobacter pylori fue de 16.40%, en comparación con los convivientes y/o casados

TABLA Nª 01: Relación Entre La Presencia De Helicobacter Pylori Y Patologías Digestivas Altas Según Características Biológicas. HRI. ICA. 2016-2017

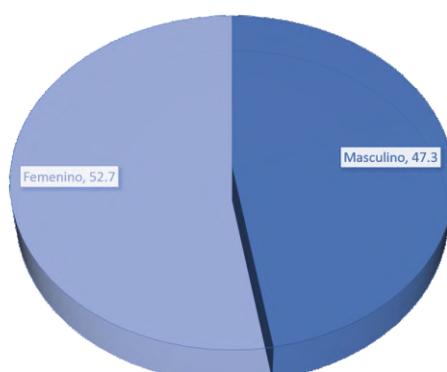
CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS		TOTAL		HELICOBACTER PYLORI				OR	IC AL 95%	P
		Nº	%	PRESENTE		AUSENTE				
		Nª	%	Nª	%	Nª	%			
GÉNERO	FEMENINO	101	44.30	29	52.70	72	41.60	1.57	0.85 – 2.87	0.15
	MASCULINO	127	55.70	26	47.30	101	58.40			
EDAD	<30	25	11.00	09	16.40	16	09.20	0.52	0.21 – 1.26	0.14
	>30	203	89.00	46	83.60	157	90.80			

TABLA Nª 02: Relación Entre La Presencia De Helicobacter Pylori Y Patologías Digestivas Altas Según Características Socioculturales. HRI. ICA. 2016-2017

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES		TOTAL		HELICOBACTER PYLORI				OR	IC AL 95%	P
		Nº	%	PRESENTE		AUSENTE				
		Nª	%	Nª	%	Nª	%			
PROCEDENCIA	Otros	25	11.00	2	03.60	23	13.30	0.25	0.06 – 1.08	0.04
	Ica	203	89.00	53	96.40	150	86.70			
ESTADO CIVIL	Soltero	24	10.50	9	16.40	15	08.70	2.06	0.84 – 5.01	0.11
	Casado y/o conviviente	204	89.50	46	83.60	158	91.30			
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel 1*	109	47.80	27	49.10	82	47.40	1.07	0.58 – 1.96	0.82
	Nivel 2^	119	52.20	28	50.90	91	52.60			
OCUPACIÓN	No trabaja	71	31.10	22	40.00	49	28.30	1.68	0.89 - 3.17	0.1
	Trabaja	157	68.90	33	60.00	124	71.70			

*Nivel de instrucción: analfabeto + primaria incompleta + primaria completa + secundaria incompleta.
 ^Nivel de instrucción secundaria completa, superior técnico y superior.

GRÁFICO Nª1: RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI Y PATOLOGÍAS DIGESTIVAS ALTAS SEGUN GÉNERO



con un porcentaje de 83.60%; no se encontró relación significativa de dependencia entre el estado civil la infección por *Helicobacter pylori* ($\chi^2: 2.62, p = 0.11$) (Tabla 2).

Con respecto al grado de instrucción, el 49.10% fueron pacientes con nivel 1 de instrucción (analfabeto + primaria incompleta + primaria completa + secundaria incompleta) y positivos a *Helicobacter pylori*, en comparación con los pacientes con nivel 2 de instrucción (secundaria completa, superior técnico y superior) con un porcentaje de infección de 50.90%; no encontrándose relación y/o asociación significativa. Así mismo, los participantes que trabajan presentan un porcentaje de infección de 60% en comparación con los que no trabajan con un porcentaje de 40%, no se encuentra relación significativa entre las variables (Tabla 2).

Dentro de los aspectos médicos, los principales antecedentes familiares de los pacientes fueron: Diabetes Mellitus tipo 2 (20.00%), Hipertensión arterial (13.00%), Cáncer de cualquier etiología (8.70%), Gastritis crónica (7.00%) y otras (51.30%). Las comorbilidades más frecuentes en los pacientes fueron: Gastritis crónica (28.50%), hipertensión arterial (2.60%), Diabetes Mellitus tipo 2 (1.30%) y otras (67.60%). Los pacientes con antecedentes y comorbilidades diferentes a cáncer presentaron un porcentaje de infección por *Helicobacter pylori*, respectivamente de 90.90% y 96.40%; no siendo significativa la asociación entre estas variables y la infección (Tabla 3). De acuerdo a las características clínicas, el peso promedio de los pacientes fue de 65.49 + 8.63 Kg, la talla promedio fue de 1.62 + 0.06 m con relación al Índice de masa corporal, el sobrepeso y la obesidad representaron el 43.4% y los pacientes con índice de masa

TABLA N^o 03: Relación Entre La Presencia De *Helicobacter Pylori* Y Patologías Digestivas Altas Según Características Médicas. HRI. ICA. 2016-2017

CARACTERÍSTICAS MÉDICAS		TOTAL		HELICOBACTER PYLORI				OR	IC AL 95%	P
		N ^o	%	PRESENTE		AUSENTE				
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%			
ANTECEDENTES FAMILIARES	Otras patologías+	208	91.20	50	90.90	158	91.30	0.94	0.33 – 2.74	0.92
	Cáncer	20	08.80	5	09.10	15	08.70			
COMORBILIDADES	Otras patologías +	218	95.60	53	96.40	165	95.40	1.28	0.26 – 6.32	0.76
	Cáncer	10	04.40	2	03.60	8	04.60			
+: Diabetes Mellitus + Hipertensión arterial + Gastritis crónica										

TABLA N^o 04: Relación Entre La Presencia De *Helicobacter Pylori* Y Patologías Digestivas Altas Según Peso, Talla, IMC Y Edad. HRI. ICA. 2016-2017

VARIABLES	HELICOBACTER PYLORI		TOTAL
	PRESENTE	AUSENTE	228
	55	173	MED ± DE
	MED ± DE	MED ± DE	
EDAD	53.24 ± 17.78	55.53 ± 17.28	54.98 ± 17.39
TALLA	1.62 ± 0.07	1.62 ± 0.06	1.62 ± 0.06
PESO	64.81 ± 8.60	65.71 ± 8.66	65.49 ± 8.63
IMC	NORMAL	23.70 ± 1.52	23.67 ± 2.12
	SOBREPESO Y OBESIDAD	26.37 ± 1.11	26.39 ± 1.16

TABLA N^o 05: Relación Entre Hábitos Nocivos Y La Presencia De *Helicobacter Pylori* En Patologías Digestivas Altas. HRI. ICA. 2016-2017

HÁBITOS NOCIVOS		TOTAL		HELICOBACTER PYLORI				OR	IC AL 95%	P
		N ^o	%	PRESENTE		AUSENTE				
		N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%			
TABACO	Expuesto	69	30.30	16	29.10	53	30.60	1.07	0.55 – 2.09	0.82
	No expuesto	159	69.70	39	70.90	120	69.40			
ALCOHOL	Expuesto	111	48.70	26	47.30	85	49.10	1.07	0.58 - 1.97	0.8
	No expuesto	117	51.30	29	52.70	88	50.90			

corporal normal fueron 56.6%. No se encontró relación significativa entre estas variables y la infección por *Helicobacter pylori* (Tabla 4). Los pacientes consumidores de tabaco y con infección por *Helicobacter pylori* representan el 29.10% del total de infectados, no obstante, los consumidores de alcohol y con infección por *Helicobacter pylori* representan el 47.30% del total de infectados; sin embargo, ambas variables no presentan relación significativa con la infección (Tabla 5).

Con respecto a la alimentación, el porcentaje de pacientes que consumieron cereales fue del 100%, estos pacientes tuvieron un porcentaje de infección por *Helicobacter pylori* de 24.12%. Los pacientes que consumieron verduras de forma diaria y con mayor número de porciones fueron el 57.90% del total, así podemos mencionar que el 17.70% presentó infección por *Helicobacter* y los que

no consumen dicho alimento presentaron un porcentaje de infección de 28.80%, se encontró asociación significativa entre las variables (OR: 0.53, p=0.00), siendo el consumo de verduras con mayor frecuencia y en mayor cantidad, un factor protector para evitar la infección por *Helicobacter pylori*.

Los pacientes que consumieron frutas de forma diaria y con mayor cantidad de porciones fueron el 67.98% del total, de los cuales el 16.10% presentó infección por *Helicobacter pylori*, encontrándose asociación significativa entre el consumo de frutas y la infección por *Helicobacter pylori* (OR: 3.62, p = 0.00), por lo tanto, el poco consumo de frutas y en menor número de porciones aumenta la probabilidad hasta 3.62 veces de adquirir la infección por el microorganismo.

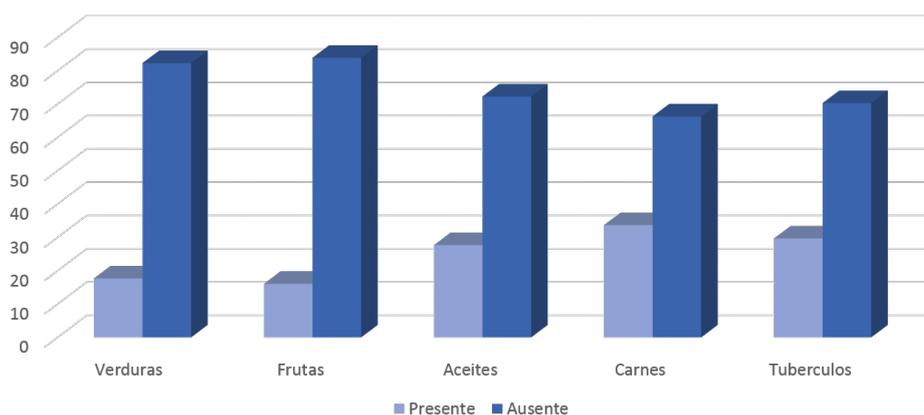
El consumo de grasas a predominio insaturadas se encontró asociada a la infección por *Helicobacter pylori* (OR: 0.38, p = 0.01), es así que,

TABLA N^o 06: Relación entre la Presencia de *Helicobacter pylori* y Patologías Digestivas Altas Según Tipo de Alimentación. HRI. ICA. 2016-2017

ALIMENTOS		TOTAL		HELICOBACTER PYLORI				ME ± DE	OR	IC AL 95%	P μ
		N ^a	%	PRESENTE		AUSENTE					
				N ^a	%	N	%				
CEREALES	Expuesto	228	100	55	24.12	173	75.88	10.22 ± 1.87	-	-	0.22
	No expuesto	0	0	0	0	0	0				
VERDURAS	Expuesto	96	42.10	17	17.70	79	82.30	8.74 ± 2.49	0.53	0.27 – 1.01	0
	No expuesto	132	57.90	38	28.80	94	71.20				
FRUTAS	Expuesto	155	67.98	25	16.10	130	83.90	8.36 ± 2.42	3.62	1.92 – 6.83	0
	No expuesto	73	32.02	30	41.10	43	58.90				
ACEITES	Expuesto	173	75.88	48	27.70	125	72.30	8.99 ± 2.87	0.38	0.16 – 0.89	0.01
	No expuesto	55	24.12	7	12.70	48	87.30				
CARNES	Expuesto	104	45.61	35	33.70	69	66.30	8.09 ± 2.37	2.63	1.40 – 4.94	0.02*
	No expuesto	124	54.39	20	16.10	104	83.90				
TUBERCULOS	Expuesto	138	60.53	41	29.70	97	70.30	7.53 ± 1.90	2.29	1.17 - 4.51	0.02*
	No expuesto	90	39.47	14	15.60	76	84.40				
AGUA	No purificada	66	28.95	13	19.70	53	80.30	1.71 ± 0.45	0.7	0.34 – 1.41	0.31*
	Purificada	162	71.05	42	25.90	120	74.10				

*Chi cuadrado

Gráfico N^o 02: Relación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y patologías digestivas altas según alimentación



el 75.88% de los participantes ingieren de forma habitual este tipo de grasa, de ellos el 27.70% presentaron infección por el microorganismo. Por ello el poco consumo de grasas disminuiría la probabilidad de infección por dicho microorganismo.

Los participantes que consumieron carnes fueron el 45.61% del total, siendo positivos para infección por *Helicobacter pylori* el 33.70%, también se encontró asociación significativa entre las variables, siendo el consumo de carne, un factor de riesgo para adquirir la infección (OR: 2.63, p= 0.02).

El 60.50% de pacientes consumieron tubérculos de diversas variedades, siendo positivos para infección por *Helicobacter* el 29.70%. Se encontró asociación significativa entre el consumo de tubérculos y la infección (OR: 2.29, p = 0.02), incrementando el riesgo de infección hasta 2.29 veces más.

Del total de participantes, el 28.95% consumieron agua no purificada, en comparación con el 71.05% que consumieron agua purificada; no se encontró asociación significativa entre el consumo de agua y la infección por el microorganismo (Tabla 6)(Gráfico 2).

Dentro de los diagnósticos anatomopatológico con *Helicobacter pylori* positivos podemos mencionar: Gastritis crónica (87.71%) y Cáncer gástrico (7.89%), encontrándose relación significativa entre Gastritis crónica e infección por *Helicobacter pylori* (Chi²: 20.07, p = 0.00).

Los factores asociados a la infección por *Helicobacter pylori* fueron: el proceder de otros lugares diferentes de Ica, es un factor protector para adquirir la infección (OR: 0.25, p = 0.04); el consumo de verduras (OR: 0.53, p=0.00), y frutas (OR; 3.62, p=0.00) con mayor frecuencia y cantidad disminuyen el riesgo de infección por el microorganismo; el consumo de aceites (OR: 0.38, p= 0.01) en menor frecuencia y cantidad disminuye el riesgo de infección por *Helicobacter*; y el ingerir carnes (OR: 2.63, p=0.02) y tubérculos (OR;2.29, p=0.02) incrementan la probabilidad de adquirir la infección por dicho microorganismo (Tabla7).

DISCUSIÓN

El género de los participantes siguió una distribución diferente con relación a los estudios nacionales (16,17) e internacionales (18,19); siendo los varones, el género con mayor frecuencia en nuestro estudio, en comparación con otros estudios en los que las mujeres representaban el mayor porcentaje; pero se encontró un estudio Iraní (20) en que el género masculino prevaleció en relación al femenino.

La edad promedio fue de 54.98 ± 17.39 años, similar a la de otros estudios (16, 17,20,21,22,23), sin embargo, en nuestro estudio no hubo relación significativa entre la edad y la infección por *Helicobacter pylori*, a diferencia del estudio de Nguyen y col.(20), en que si hubo asociación significativa entre el grupo de edades de 50 a 59 años con una mayor probabilidad de infección.

La procedencia fue en mayor porcentaje del departamento de Ica y sus diversas provincias y distritos, no obstante, se encontró relación significativa entre la infección por *Helicobacter pylori* y el proceder de distintos lugares, siendo este un factor protector para adquirir la infección, por tal motivo hay que resaltar que este resultado puede verse influenciado por una mayor población y más diversa.

Con respecto al grado de instrucción, en nuestro estudio se determinó que es más frecuente la infección conforme mayor es el grado, sin embargo no existe relación significativa entre las variables; en contraposición a nuestro estudio, Nguyen y col. (20), refieren que tener algún tipo de educación universitaria disminuye la probabilidad de infección por *Helicobacter*.

Del total de participantes, los solteros representaron el 10.50% y los casados y/o convivientes representaron el 89.50%; siendo este último grupo el de mayor porcentaje de infección por *Helicobacter pylori* en comparación con los solteros (83.60% vs 16.40%); se encontró resultados similares en el estudio de Barisia y col. (24), presentando los casados un porcentaje infección por el microorganismo de 56.50%, no existiendo relación significativa en ambos estudios.

La presencia de comorbilidades podría incrementar el riesgo de adquirir determinadas infecciones, como sería el caso del *Helicobacter pylori*, sin embargo, en nuestro estudio no se encontró relación significativa entre las patologías citadas como comorbilidades entre los pacientes, así podemos mencionar: Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, gastritis crónica, cáncer de diferentes etiologías, siendo las más frecuentes agrupadas en otras patologías y haciendo su comparación con cáncer. Cong H. y col; y Serghei C. y col. (25,26)

TABLA N° 07: Factores Asociados A La Presencia De *Helicobacter Pylori* En Patologías Digestivas Altas. HRI. ICA. 2016-2017

VARIABLE	CATEGORIA	OR	IC AL 95%	P
GÉNERO	Femenino	1.57	0.85 – 2.87	0.15
	Masculino			
EDAD	<30	0.52	0.21 – 1.26	0.14
	>30			
PROCEDENCIA	Otros	0.25	0.06 – 1.08	0.04
	Ica			
ESTADO CIVIL	Soltero	2.06	0.84 – 5.01	0.11
	Casado y/o conviviente			
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel 1*	1.07	0.58 – 1.96	0.82
	Nivel 2^			
OCUPACIÓN	No trabaja	1.68	0.89 – 3.17	0.1
	Trabaja			
ANTECEDENTES FAMILIARES	Otras patologías+	0.94	0.33 – 2.74	0.92
	Cáncer			
COMORBILIDADES	Otras patologías +	1.28	0.26 – 6.32	0.76
	Cáncer			
TABACO	Expuesto	1.07	0.55 – 2.09	0.82
	No expuesto			
ALCOHOL	Expuesto	1.07	0.58 – 1.97	0.8
	No expuesto			
VERDURAS	Expuesto	0.53	0.27 – 1.01	0.00 €
	No expuesto			
FRUTAS	Expuesto	3.62	1.92 – 6.83	0.00 €
	No expuesto			
ACEITES	Expuesto	0.38	0.16 – 0.89	0.01 €
	No expuesto			
CARNES	Expuesto	2.63	1.40 – 4.94	0.02 €
	No expuesto			
TUBERCULOS	Expuesto	2.29	1.17 – 4.51	0.02 €
	No expuesto			
AGUA	No purificada	0.7	0.34 – 1.41	0.31
	Purificada			
€ Anova				

refieren que el proceso de inmunodepresión y procesos inflamatorios que desencadena la Diabetes mellitus tipo 2 incrementa el riesgo de infección por *Helicobacter pylori*, siendo su erradicación un factor importante para la mejora de los valores de Hemoglobina glicosilada.

El Índice de masa corporal promedio normal y de sobrepeso y/o obesidad fueron respectivamente de 23.90 ± 2.09 y 26.45 ± 1.58 , no se encontró relación significativa entre el índice de masa corporal y la infección por *Helicobacter pylori*, así mismo, Guzmán G. (27) obtuvo resultados similares en su estudio, no siendo significativa la relación entre las variables ya mencionadas.

El consumo de alcohol y tabaco en los participantes no tuvo relación significativa con la infección por el microorganismo, resultados similares obtuvo Sánchez J. y col. (28) y Alzahr M. y col. (29).

El ingerir frutas y verduras en el estudio tuvo asociación significativa con la presencia de *Helicobacter pylori*, comportándose como factor protector el comer en mayor cantidad y frecuencia, estos resultados son similares en otro estudio (30).

El alimentarse con comidas ricas en aceites a predominio insaturados presentó relación significativa con la presencia de *Helicobacter pylori*, siendo un factor protector el ingerir alimentos con poco aceite. No encontramos algún estudio que determine la asociación de las grasas con la infección por *Helicobacter pylori*.

La ingesta de carnes y tubérculos en sus diversas variedades, presentan asociación significativa con la infección por *Helicobacter pylori* (ORc:2.63 y ORt:2.29), sin embargo un estudio realizado en Omán (31), no encuentra relación significativa entre las variables; menciona que la ingesta de pescado, pollo, carbohidratos, café y comida rápida no presentan una clara relación.

Respecto al consumo de agua, independientemente de la forma de consumo, no se encontró relación significativa con la infección por *Helicobacter pylori*, pero existe un estudio realizado por Aziz R. (32) que compara con numerosas investigaciones la relación entre el agua y el *Helicobacter pylori*, siendo el agua medio de transmisión.

Dentro de las patologías digestivas altas halladas por diagnóstico anatomopatológico podemos mencionar: Gastritis crónica en todos sus subtipos y variedades, cáncer gástrico, úlcera duodenal, varices esofágicas, entre otras; solo se encontró relación significativa con gastritis crónica.; sin embargo, numerosos estudios brindan resultados similares y adiciones asociaciones significativas con otras patologías (17, 5, 33, 18, 19).

CONCLUSIÓN

Concluimos que la relación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y patologías digestivas altas, fue significativa; con un alto porcentaje de pacientes con gastritis crónica y positivos a *Helicobacter*, así mismo debido a que hubieron pocos casos de cáncer de estómago no se pudo establecer alguna asociación. El proceder de otros lugares diferentes a Ica, disminuye la probabilidad de adquirir la infección por *Helicobacter pylori*; no se encontró relación alguna con el género, edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación.

Los hallazgos sobre la alimentación brindan datos relevantes, la ingesta de verduras y frutas disminuyen el riesgo de adquirir infección por *Helicobacter pylori*, incrementando su significancia cuando la ingesta es más frecuente y en mayor cantidad; comer carnes y tubérculos de diversas variedades incrementan la probabilidad de infectarse con *Helicobacter pylori*; la escasa ingesta de grasas insaturadas disminuye el riesgo de infección; y también mencionamos que el consumo de cereales y agua en sus diversas formas de ingesta no presentan relación significativa.

RECOMENDACIONES

Tras la investigación, sugerimos realizar estudios similares con mayor número de muestra, más instituciones hospitalarias y más variables, brindando así mayor representatividad al estudio.

Nuestro estudio brinda una perspectiva sobre los principales factores asociados a la infección por el microorganismo, por ello se menciona la

importancia de una alimentación sana, consumir alimentos saludables disminuye el riesgo de infectarse por *Helicobacter pylori*, es así que se insta a los programas de nutrición de las diversas instituciones hospitalarias para promover estilos de vida saludables, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo la mortalidad por patologías asociadas a la infección como cáncer gástrico, en sus diversas variedades.

Realizar un estudio endoscópico adecuado de acuerdo a la edad y factores de riesgo también nos permite identificar a la población con mayor porcentaje de infección por *Helicobacter*, de esta manera se podrá brindar un tratamiento adecuado y erradicador mejorando así la condición clínica del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Thaker Y., Moon A., Afzali A. *Helicobacter pylori*: Una revisión de epidemiología, tratamiento y manejo. USA, 2016, 2(1). Pag: 01-05
- 2.- Rosales R., Navarro E., Acevedo L., Valdés A. *Helicobacter pylori* como agente causal de afecciones gastrointestinales. Revista Cubana de Tecnología de la Salud. Cuba. 2012. 5(2). Pag: 1-8
- 3.- Hunt R., Megraud F., Leon R., Bazzoli F., Van der S., Vaz L., y col. *Helicobacter pylori* en los países en desarrollo. Organización mundial de Gastroenterología. Latinoamérica. 2010.
- 4.- Ruiz R., Huanca A. Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en una población de nivel socioeconómico medio y alto. Bolivia, 2013. 19(1):35-39.
- 5.- Ramírez A., Mendoza D., Leey J., Guerra J. Estudio del *Helicobacter pylori* en el Perú. En: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Perú. 2002; 19(4): 209-214.
- 6.- Dirección regional de salud de Ica. Estadísticas de infección por *Helicobacter pylori* 2015 y 2016. Ica, 2016.
- 7.- Vargas Chaparro, Ligia. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes de San Gil, Santander. Colombia, 2011. Vol 1. Pag 38-42.
- 8.- Palomino C. Tomé E. *Helicobacter pylori*: Rol del agua y los alimentos en su transmisión. Venezuela. 2012; 25(2): 85 - 93.
- 9.- Romo C. Coria V. *Helicobacter pylori*, un modelo de bacteria carcinógena. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. México. 2010; 15(4):242-251.
- 10.- Suárez J. Reyes G. Herreros L. *Helicobacter pylori*: revisión de los aspectos fisiológicos y patológicos. Colombia. 2011. 24(3):275-82.
- 11.- Sierra J, Carreño F, Ruíz E. *Helicobacter pylori* y el desarrollo de patologías gástricas. Colombia, 2015; 28(3), pag:403-6.
- 12.- Dias I., Queiroz A., Silva J., Dias R., Caricio L. Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con diferentes patologías gastrointestinales del norte de Brasil. Brasil, 2015, 52(4), pag:266-271.
- 13.- Bernuy P, Salinas C, H. Benites H, Bussalleu A, Ojeda M, Montes P, y Col. Eficacia de los tratamientos para la infección por *Helicobacter pylori* en una clínica particular. Perú, 2013, 26(3), pag: 115-120.
- 14.- Chillihua K, Palomino R, Aguilar E. Aislamiento de *Helicobacter pylori* a partir de biopsias gástricas de pacientes con gastritis en el Hospital Regional del Cusco, Perú. 2003; 13(1). Pag:15-19.
- 15.- Sánchez D. Espinoza V. Cornejo A. Investigación del *Helicobacter Pylori* en la gastritis crónica por el método de la ureasa y tinción de biopsia gástrica endoscópica. Ica-Perú [Trabajo para optar el Título de Médico Cirujano] 2001.
- 16.- Castillo O., Maguiña J., Benites H., Chacaltana A., Guzman E., Dávalos M., y col. Prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes sintomáticos de consulta externa de la Red Rebagliati (EsSalud), Lima, Perú, en el período 2010 - 2013. Perú. 36(1), Pag: 49-55.
- 17.- MacDonald K., Shopinski S., Wilkinson A., Meza C., Cok J., Busalleu A., y col. Correlación entre síntomas gastrointestinales funcionales y la histopatología de la mucosa gástrica, incluyendo la infección por *Helicobacter pylori*, en Lima, Perú. Perú, 2015, 35(2), Pag: 137-140.
- 18.- Correa S., Cardona A., Correa T., Correa L., García H., Estrada S. Prevalencia de *Helicobacter pylori* y características histopatológicas en biopsias gástricas de pacientes con síntomas dispépticos en un

- centro de referencia de Medellín. En *Rev Col Gastroenterol*. Colombia, 2016, 31(1), Pag:9-15.
- 19.- Purushothaman R., Shaikh A. Un estudio clínico de la prevalencia de *Helicobacter pylori* en pacientes con gastritis. *India*, 2016, 3(4), Pag: 1979-1982.
- 20.- Nguyen T., Ramsey D., Graham D., Shaib Y., Shiota S., Velez M. y col. Prevalencia de *Helicobacter pylori* alta en veteranos afroamericanos e hispanos. *USA*, 2015, 20(4), Pag:305-15
- 21.- Chieng J., Pan Y., Loong Y. Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en la unidad de endoscopia gastroenterológica del hospital de Serdang. *Malasia*, 2015, 11 (1), Pag: 11-17.
- 22.- Eusebi L., Zagari R., Bazzoli F. Epidemiología de la infección por *Helicobacter pylori*. *Italia*. 2014, 19(1), Pag: 1-5.
- 23.- Breckan R., Paulssen E., Asfeldt A., Kvamme J., Straume B., Florholmen J. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en todas las edades y las rutas potenciales de transmisión. Un estudio poblacional. *Noruega*, 2016, 21(6), Pag: 586-595
- 24.- Barisia M., Brigh F., Leera S. Prevalencia de anticuerpos contra *Helicobacter pylori* en pacientes en el centro médico de la universidad Port Harcourt Y Braithwaite Memorial Specialist Hospital, Port Harcourt. *Nigeria*, 2016;12(9), Pag: 1-4.
- 25.- Cong H., Zhen Y., Nong Hua L. Infección por *Helicobacter pylori* y diabetes: ¿Es un mito o un hecho?. *China*, 2014, 20(16), Pag: 1-12
- 26.- Covantev S., Timbalari E., Florea N. *Helicobacter pylori* y diabetes mellitus tipos 2: Buscando los enlaces. *Rusia*, 2016, 5(2), Pag: 1-5.
- 27.- Guzmán G. Relación entre pacientes con *Helicobacter Pylori* y Dislipidemia. *Perú*, 2013, en Ateneo. Citado el 24 de febrero del 2017.
- 28.- Sánchez J., Irineo A., Bernal G., Peraza F. Infección por *Helicobacter pylori* y su asociación con el consumo de alcohol. Estudio de casos y controles. *México*, 2013, 78(3), Pag:144-150.
- 29.- Alzahrer M., El-fadly S., Abd A. El estado del tabaquismo y la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia no ulcerosa. *Egipto*, 2014, 63(3), Pag: 695-699.
- 30.- Negin R., Bahador B., Saber Z., Saeid L. Infección por *Helicobacter pylori* y factores dietéticos sinérgicos para promover cáncer gástrico. *Iran*, 2016, 17(3), Pag: 917-921.
- 31.- Altheeb S., Naser F., Almuniri A. Factores de dieta y estilos de vida y el riesgo de infección por *Helicobacter pylori* en Omaníes que asisten a la guardería SQUH para OGD. 2016, *Omán*, 3(2), Pag: 1-3.
- 32.- Aziz R, Khalifa M., Sharaf R. El agua contaminada como fuente de infección por *Helicobacter pylori*: Una revisión. *Egipto*, 2015, 6(4), Pag: 539-547
- 33.- Bravo E, Guzman P, Gallegos R, Corzo M, Zegarra A, et al. Utilidad del Test Rápido de Ureasa para la Detección de *Helicobacter pylori* en la Hemorragia Digestiva Alta por Úlcera Péptica. *Perú*, 2011. 31(1) Pag: 17-20.



PRÁCTICAS DE RIESGO E HIGIENE DE TRABAJADORAS SEXUALES CON VAGINOSIS BACTERIANA. ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUNAMPE, 2016

Risk Practices and Hygiene of Sex Workers With Bacterial Vaginosis In A Health Center Sunampe, 2016

ARTÍCULO ORIGINAL

Jimmy Geraldo Banda Silva¹, José Luis Solis Aparcana², Cesar Narciso Valdivia Rosales².

1. Dirección Regional de Salud de Ica, Ica, Perú. 2. Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Ayacucho, Perú.

Correspondencia:

Jimmy Geraldo Banda Silva
Dirección: La Palma Grande F 36 -
Ica, Perú.
Correo electrónico:
bandin@live.com
Celular: 940157566

Conflicto De Intereses: No
declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 21-02-2017

Aceptado: 25-02-2017

Publicado: 16-03-2017

CITAR COMO:

Banda-Silva JG, Solis-Aparcana JL, Valdivia-Rosales CN. Prácticas de Riesgo e Higiene de Trabajadoras Sexuales con Vaginosis Bacteriana. Establecimiento de Salud Sunampe, 2016. Rev méd panacea. 2017; 6(1): 36-39.

RESUMEN

Objetivos: Determinar las prácticas de riesgo e higiene de las trabajadoras sexuales con diagnóstico de vaginosis bacteriana en atendidas en el Establecimiento de Salud Sunampe, durante el año 2016. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico, descriptivo transversal. Se estudiaron a 80 trabajadoras sexuales con diagnóstico de vaginosis bacteriana atendidas por consultorio en el Establecimiento de Salud SUNAMPE de Chincha durante el año 2016. Se realizó inicialmente un análisis Univariado, luego bivariado utilizando la prueba de Chi 2. **Resultados:** El promedio de edad de las trabajadoras sexuales es de 29.49 y una DS de 9.33, con un tiempo promedio de trabajo 3.88 años. La media de edad de inicio sexual fue de 15.6 años con una DS de 1.95; la variable dependiente que es la presencia de vaginosis bacteriana con un 68.5% del total, asimismo el 61.25% no tenían pareja y el 38.25% no mantenían controles periódicos adecuados. Además solo el 35% presentaba antecedentes de ITS, asimismo en términos generales el 83.75% no recibe tratamiento antibiótico, y de igual manera un gran porcentaje 86.75% usan métodos anticonceptivos. Las variables Antecedente de Infecciones de transmisión sexual (ITS), antecedente de haber tenido abortos, el lugar de trabajo y los controles periódicos, resultaron significativos con un p valor menor a 0.05. **Conclusiones:** Las variables Antecedente de ITS, antecedente de haber tenido abortos, el lugar de trabajo y no tener controles se asociaron a la presencia de vaginosis bacteriana.

Palabras clave: Vaginosis bacteriana, anticonceptivos, abortos.

ABSTRACT

Objective: Determine risk practices and hygiene of sex workers diagnosed with bacterial vaginosis treated at the Health Sunampe establishment during 2016. **Materials and Methods:** It has been made an analytical, descriptive cross-sectional observational study. They studied 80 female sex workers diagnosed with bacterial vaginosis served by the Establishment of office in Chincha Sunampe Health during 2016. A univariate analysis was initially performed, then bivariate using Chi 2 test. **Results:** The average age of sex workers is 29.49 and DS 9.33 with an average working time 3.88 years. The average age of sexual onset was 15.6 years with a DS of 1.95. the dependent variable is the presence of bacterial vaginosis with 68.5% of the total, also the 61.25% had no partner and 38.25% did not maintain adequate regular checks. In addition only 35% had a history of STIs, also in general terms the 83.75% do not receive antibiotic treatment, and likewise a large percentage 86.75% use contraception. The History of sexually transmitted infections (STIs), history of having had abortions, the workplace and periodic inspections, variables were significant with a p value less than 0.05. **Conclusions:** The History of ITS variables, history of having had abortions, the workplace and not have controls associated with the presence of bacterial vaginosis.

Keywords: Bacterial vaginosis, abortion, Contraceptive Agents.

INTRODUCCIÓN

La vaginitis es el diagnóstico más frecuente en la práctica ginecológica general y la vaginosis bacteriana está incluida en este amplio síndrome(1,2). Constituye un problema de salud pública por su asociación con patología obstétrica y ginecológica y el riesgo significativo de adquirir infecciones de transmisión sexual(3,4).

La actividad sexual es un factor predisponente, y las mujeres con múltiples compañeros sexuales son el principal grupo de riesgo. Aunque los gérmenes involucrados en la vaginosis bacteriana sí se transmiten por contacto sexual, la enfermedad (es decir, el cambio en el ecosistema bacteriano) no parece transmitirse exclusivamente de esta forma(5).

Asimismo, en estudios transversales y prospectivos se ha demostrado asociación entre Vaginosis bacteriana y VIH(6,7) y, más recientemente, los grados intermedios de la flora vaginal también han sido asociados con un mayor riesgo de adquirir el VIH(8). Sin embargo, la evidencia que vincula las prácticas intravaginales, la vaginosis bacteriana y el VIH aún no es concluyente(9,10,11), a diferencia de la evidencia que demuestra la asociación entre estas prácticas y la vaginosis bacteriana(10).

Se ha comprobado que esta enfermedad se asocia con múltiples enfermedades de transmisión sexual como las infecciones por clamidia, la gonorrea, los virus del herpes, la inmunodeficiencia humana y la tricomoniasis e interviene en el desarrollo de la enfermedad inflamatoria pélvica. En estudios prospectivos se ha demostrado que aumenta las probabilidades de adquisición del VIH y del virus del herpes simple tipo 2(12).

De todas las pacientes portadoras, hasta un 50% pueden cursar asintomáticas(3). Esta enfermedad ha sido asociada con complicaciones ginecológicas tales como: ruptura prematura de membranas, parto prematuro, corioamnionitis, endometritis y enfermedad inflamatoria pélvica(3) y es un factor de riesgo significativo de adquirir infecciones de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, virus herpes simple y de la inmunodeficiencia humana(12,13).

En términos económicos, genera en todo el mundo más de 10 millones de consultas médicas al año, con un costo estimado mínimo de mil millones de dólares(14).

No son muchos los trabajos que abordan este problema en las mujeres trabajadoras sexuales, a pesar de ser un problema de salud pública, más aún en poblaciones vulnerables(15). En la provincia de Chíncha no se cuentan con estudios similares que nos brinden información son esta problemática en trabajadoras sexuales. Durante nuestra formación profesional hemos visto que esta población tienen una actividad ocupacional de alto riesgo individual; además, puede incrementarlo si presenta esta enfermedad y exponer a riesgo a los usuarios y sus parejas, inclusive, sus familias cuando estas últimas están gestando. Además, en todo el departamento de Ica solo existen dos establecimientos de salud que brinda atención enfocada en este grupo poblacional, uno de ellos es el Centro de Salud Sunampe de la provincia de Chíncha.

En este contexto planteamos el presente estudio, con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y prácticas de riesgo e higiene de las trabajadoras sexuales con diagnóstico de vaginosis bacteriana en atendidas en el establecimiento de salud SUNAMPE, durante el año 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. Que pertenece al nivel relacional. La población objetivo estará constituida por todas las trabajadoras sexuales con diagnóstico de vaginosis bacteriana de la provincia de Chíncha.

La población accesible estará constituida por todas las trabajadoras sexuales con diagnóstico de vaginosis bacteriana atendidas por consultorio en el Establecimiento de Salud SUNAMPE de Chíncha durante el año 2016. No se calculó tamaño muestral, puesto que se

estudiara a toda la población.

Dentro de los criterios de inclusión se consideraron a las trabajadoras sexuales entre 19 y 60 años de edad, no embarazadas, no hysterectomizadas, ni menopáusicas, ni bajo terapia hormonal de reemplazo, atendidas por consultorio externo en el establecimiento de Salud SUNAMPE de Chíncha durante el año 2016, excluyendo a aquellas que no acepten ser parte del estudio.

Los datos se recolectarán a través de una entrevista realizada al paciente en un ambiente acondicionado para esta actividad. Estas se realizarán de lunes a viernes por las mañanas, a un promedio de 10 fichas por día. Asimismo, se recogerá información de las historias clínicas de los pacientes, según las variables de estudio. Los datos serán ingresados a una base de datos, previo control de calidad, creada en el programa SPSS

Se usará la estadística descriptiva para realizar el análisis bivariado valiéndonos de la prueba estadística de Chi2 para asociar variables.

El estudio será revisado y aprobado por el Comité de Evaluación de Proyectos Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad San Luis Gonzaga. Todas las personas encuestadas firmarán y colocarán su huella digital en una carta de consentimiento informado (Anexo 1). Para el acceso se solicitará el permiso del hospital con la correspondiente aprobación del Comité de Ética del mismo.

TABLA N° 01: Características Generales

VARIABLE	% (N/N)
Vaginosis bacteriana	
No	31,25 (25/80)
Si	68,75 (55/80)
Pareja	
Si	38,75 (31/80)
No	61,25 (49/80)
Controles	
Si	61,25 (49/80)
No	38,75 (31/80)
Lugar de trabajo	
Local	72,50(58/80)
Calle	27,5 (22/80)
Grado de instrucción	
Primaria	11,25(9/80)
Secundaria	77,50(62/80)
Superior	11,25(9/80)
Its antecedente	
Si	35(28/80)
No	65(52/80)
Antibiótico	
Si	16,25(13/80)
No	83,75(67/80)
Métodos anticonceptivos	
Si	86,25(69/80)
No	13,75 (11/80)
Exp. A radiaciones	
Si	5(4/80)
No	95(76/80)
Hábitos nocivos	
Si	43.75(35/80)
No	56.25(45/80)
Duchas vaginales	
Si	76.25 (61/80)
No	23.75 (19/80)

Figura 1: Nivel de PSA Total

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se entrevistaron a 80 trabajadoras sexuales, quienes constituían la muestra de nuestro estudio.

Se puede observar dentro de las características generales de la población teniendo en cuenta algunas variables numéricas entre ellas la edad con un promedio de 29.49 y una DS de 9.33, además un tiempo promedio de trabajo 3.88 años con una DS de 3.80. También se pudo observar que la media de edad de inicio sexual fue de 15.6 años con una DS de 1.95

En la tabla 1 se aprecian algunas características correspondientes a variables categóricas entre las que cabe mencionar en primer lugar a la variable dependiente que es la presencia de vaginosis bacteriana con un 68.5% del total, asimismo el 61.25% no tenían pareja y el 38.25% no mantenían controles periódicos adecuados; del mismo modo el lugar mas frecuente de trabajo eran locales establecidos ya conocidos por los clientes. Además solo el 35% presentaba antecedentes de ITS, asimismo en términos generales el 83.75% no recibe tratamiento antibiótico, y de igual manera un gran porcentaje 86.75% usan métodos anticonceptivos

En la tabla 2 se aprecian solo las variables que tienen una asociación significativa, mediante el uso de la prueba de chi 2. Se puede ver que las variables Antecedente de ITS, antecedente de haber tenido abortos, el lugar de trabajo y los controles periódicos, resultaron significativos con un p valor menor a 0.05.

DISCUSIÓN

Es evidente que el tener conductas sexuales de riesgo se asocian a desarrollar vaginosis bacteriana y otras ITS^{16,17}, por lo que nuestro estudio trata de describir ciertos aspectos relacionados a los factores que influyen en dicha infección.

En el año 2015 Capelo y col¹⁵, realizaron un estudio donde demostraban que el aumento de la incidencia de vaginosis bacteriana se asociaba al coito sin protección con un 54% de mal uso, lo cual se diferencia de nuestro estudio puesto que la gran mayoría de nuestros pacientes es decir más de 86% usa adecuadamente métodos anticonceptivos entre ellos el condón, por lo que en nuestro estudio

no se halló asociación significativa.

España y col⁵ realizaron un estudio en Ecuador que pretendía determinar la prevalencia de vaginosis bacteriana en la secreción vaginal, así como identificar los tipos de gérmenes más frecuentes en la secreción vaginal de las mujeres trabajadoras sexuales que acuden a la consulta ginecológica del Centro de Salud, obteniendo una prevalencia de 61%, diferente a lo encontrado en nuestro estudio donde resulta 68.75%, y similar el 69.1% encontrado en el estudio de Venegas y col¹⁴ realizado en Chile; in embargo no se determinó la causa de la vaginosis.

En el mismo estudio de Venegas y col¹⁴, las mujeres que vivían (casadas o no) con su pareja tuvieron menos frecuencia de vaginosis bacteriana en comparación con las mujeres solteras ($p < 0,001$), muy diferente a lo encontrado en nuestro estudio, donde dicha asociación resulto insignificante, por lo tanto el tener pareja o no, no influye en la aparición de vaginosis bacteriana

Por otra parte en el Klebanoff y col¹⁸. Realizaron un estudio en Alabama- Estados Unidos, cuyo objetivo era determinar la asociación entre las prácticas de higiene personal y la prevalencia de vaginosis bacteriana en 3620 mujeres, encontrando asociación en las mujeres que usaron ducha vaginal, sin embargo en nuestro estudio esta asociación no resulto ser significativa dado los pocos casos de uso de duchas vaginales

En Lima Fernandez y col¹⁹, realizaron un estudio cuya finalidad es determinar la frecuencia de vaginosis bacteriana en 322 trabajadoras sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA (CERETSS), en el que encontraron que la frecuencia de vaginosis bacteriana era baja 26,1% diferente a lo encontrado en nuestro estudio que resulto 68.75%. Asimismo hallaron asociación estadística con el conocimiento de la enfermedad, antecedentes de vaginosis y enfermedades de transmisión sexual, número de partos, número de abortos y número de parejas sexuales por día¹⁹, mientras que en nuestro estudio se hallaron cosas similares por ejemplo si existe asociación entre el número de abortos previos y la aparición de vaginosis bacteriana (ver tabla 2), del mismo modo hallamos que los antecedentes de ITS se

TABLA N^o 02: Factores Asociados a Vaginosis Bacteriana

Variable	VAGINOSIS BACTERIANA		chi2	p valor
	Si	No		
ITS				
Si	37(88,1)	5(11,9)	15,4	0,001
No	18(47,4%)	20(52,6%)		
Abortos				
Si	36(81,8%)	8 (18,2%)	7,77	0,005
No	19(52,8%)	17 (47,2%)		
Lugar de trabajo				
Local	21 (95,5)	1(4,5)	10,07	0,002
Calle	34(58,6)	24 (41,4%)		
Controles				
No	24 (49%)	25 (51%)	23,01	0,001
Si	31 (100%)	0 (0%)		

asocian también a la aparición de vaginosis bacteriana²⁰. Sin embargo nuestro estudio no encontró ninguna asociación con el número de parejas sexuales por día, ya que esta variable se comporta por forma similar para los casos de vaginosis como para los que no la tienen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio de casos y controles de vaginosis bacteriana. Anuario de la Fundación Dr. J. R. Villavicencio. 2008; 16:89-94.
2. Sandoval R. Vaginosis bacteriana.
3. Arnold M, González A, Carbonell T. Diagnóstico de vaginosis bacteriana. Aspectos clínicos y estudios microbiológicos. Rev. Med. Electrón. 2014; 36(3):325-338.
4. Schwebke JR. New concepts in the etiology of bacterial vaginosis. *Current Infectious Disease Reports*. 2009; 11(2):143-147.
5. España DA. Prevalencia de vaginosis bacteriana en mujeres trabajadoras sexuales que acuden a la consulta ginecológica del Centro de Salud Nº 1 de la ciudad de Loja. Tesis previa a la obtención del Título de Licenciada en Laboratorio Clínico. Universidad Nacional de Loja, Ecuador. 2011.
6. Myer L, Denny L, Telerant R, Souza M, Wright TC, Jr., et al. Bacterial vaginosis and susceptibility to HIV infection in South African women: a nested case-control study. *J Infect Dis*. 2005; 192:1372-1380.
7. Atashili J, Poole C, Ndumbe PM, Adimora AA, Smith JS. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. *AIDS*. 2008; 22:1493-1501.
8. Van de Wijgert JH, Morrison CS, Brown J, Kwok C, Van der Pol B, et al. Disentangling contributions of reproductive tract infections to HIV acquisition in African women. *Sex Transm Dis*. 2009; 36: 357-364.
9. McClelland RS, Lavreys L, Hassan WM, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, et al. Vaginal washing and increased risk of HIV-1 acquisition among African women: a 10-year prospective study. *AIDS*. 2006; 20: 269-273.
10. Martin Hilber A, Francis SC, Chersich MF, Scott P, Redmond S, et al. Intravaginal practices, vaginal infections and HIV acquisition: systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2010; 5: e9119.
11. Van de Wijgert JH, Morrison CS, Cornelisse PG, Munjoma M, Moncada J, et al. Bacterial vaginosis and vaginal yeast, but not vaginal cleansing, increase HIV-1 acquisition in African women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008; 48:203-210.
12. Allsworth JE, Peipert JF, Peipert Jeffrey F. Factor de riesgo de infecciones de transmisión sexual. Impacto de la gravedad de la vaginosis bacteriana. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205(113):e1-6.
13. Culhane J, Desanto D, Goldenberg R, McCollum K, King F, Guaschino S. Variation in Nugent score and leukocyte count in fluid collected from different vaginal sites. *Obstet Gynecol*. 2005; 105:120-123.
14. Venegas G, Boggiano G, Castro E. Prevalencia de Vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales chilenas. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(1):46-50.
15. Capelo SJ. Incidencia de vaginosis bacteriana asociada al coito sin protección del condón masculino en trabajadoras sexuales que acuden al Centro de Salud La Magdalena de enero a septiembre del 2014. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. 2015.
16. Vandepitte J, Bukkenya J, Weiss HA, Nakubulwa S, Francis SC, Hughes P, Hayes R, Grosskurth H. HIV and other sexually transmitted infections in a cohort of women involved in high risk sexual behaviour in Kampala, Uganda. *Sex Transm Dis*. 2011; 38(4): 316-323.
17. Ángel-Müller E, et al. Prevalencia y factores asociados a la infección por C. Trachomatis, N. Gonorrhoeae, T. Vaginalis, C. Albicans, sífilis, VIH y vaginosis bacteriana en mujeres con síntomas de infección vaginal en tres sitios de atención. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 63(1):14-24.
18. Klebanoff MA, Nansel TN, Brotman RM, Zhang J, Yu K, Schwebke JR, Andrews WW. Personal hygienic behaviors and bacterial vaginosis. *Sex Transm Dis*. 2010; 37(2): 94-99.
19. Fernández J, Martínez A, Castellón R, Tamariz J. Vaginosis bacteriana en trabajadoras sexuales que acuden a un centro especializado de referencias de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. *Rev Med Hered*. 2010; 21:32-38.
20. Perla ME, Ghee AE, Sánchez S, McClelland RS, Fitzpatrick AL, Suárez-Ogñio L, et al. Genital tract infections, bacterial vaginosis, HIV, and reproductive health issues among Lima-based clandestine female sexworkers. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2012:1-9



ESTADO DE FRAGILIDAD DE LA SALUD Y TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES VARONES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE II NIVEL ICA, ENERO 2016.

State of Fragility of Health and Type of Urinary Incontinence In Adults Major Men Who Attend The External Medical Office Of A Public Hospital Of II Level Ica, January 2016.

ARTÍCULO ORIGINAL

Olinda Oscco - Torres^{1a}.

1. Universidad Privada San Juan Bautista - Filial Ica. Ica, Perú a. Licenciada en Enfermería.

Correspondencia:

Olinda Oscco - Torres
Dirección: Av Cutervo SN - Ica
Correo electrónico:
olita_4@hotmail.com
Celular: 995020980

Conflicto De Intereses: No declarados.

Financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 25-02-2017

Aceptado: 27-02-2017

Publicado: 19-03-2017

CITAR COMO:

Oscco-Torres O. Estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina de un hospital público de II nivel Ica, Enero 2016. Rev méd panacea. 2017; 6(1): 40-43.

RESUMEN

Objetivos: Determinar el estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina de un Hospital público de II nivel Ica, enero 2016. **Material y métodos:** El estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo, y transversal, la muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores, de acuerdo al muestreo no probabilístico y por conveniencia, la técnica que se utilizó fue la encuesta. **Resultados:** En relación a los datos generales, el 100% de los adultos mayores son de sexo masculino en su totalidad, El 60% tienen edades de 60 a 70 años, el 38% tienen entre 71 a 80 años y el 2% de 81 años a más, en relación al estado de fragilidad de la salud, el 92% de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia, y el 8% no, el 40% tiene incontinencia urinaria de urgencia, y el 60% no presentan incontinencia urinaria. **Conclusiones:** El 92% de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia y el 40% tiene incontinencia urinaria de urgencia, por lo que se recomienda un estilo de vida saludable, donde se mantenga un peso adecuado y que realicen controles médicos periódicos, asimismo reforzar los esfuerzos y trabajar arduamente con la Estrategia Sanitaria de Promoción de la Salud y Adulto mayor realizando mediciones periódicas de la dependencia en el adulto mayor detectando a tiempo alguna discapacidad, tratar adecuadamente, y/o recuperar los factores que impulsan o profundizan dicho proceso para evitar la incapacidad total y dependencia.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: To determine the state of health fragility and type of urinary incontinence in older adults who attend the external medical office of a public hospital of II level Ica, January 2016. **Materials and Methods:** The study was quantitative, descriptive, and cross-sectional, the sample consisted of 40 elderly adults, according to non-probabilistic sampling and for convenience, the technique used was the survey. **Results:** In relation to general data, 100% of the elderly are male in their entirety, 60% are 60 to 70 years old, 38% are between 71 and 80 years old, and 2% are 81 Years of age, in relation to the fragile state of health, 92% of older adults are at risk of dependence, and 8% do not, 40% have urinary incontinence, and 60% do not present urinary incontinence. **Conclusions:** 92% of older adults are at risk of dependency and 40% have urgent urinary incontinence, therefore a healthy lifestyle is recommended, where adequate weight is maintained and regular medical checks are performed, as well as Efforts and work hard with the Health Strategy for Health Promotion and the Elderly, making periodic measurements of dependence on the elderly, detecting in time some disability, treating adequately, and / or recovering the factors that drive or deepen this process to avoid Total incapacity and dependence.

Keywords: Urinary incontinence, elderly

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de adultos mayores. Para el 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De este total de adultos mayores, el 72% vivirá en los países en desarrollo. Se espera que la esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica, se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el año 2025. A pesar de la diferencia en el proceso evolutivo de la población, el grupo de 60 años y más, ha tenido incrementos importantes con relación a otros grupos de edad.

Se da un fenómeno entre los varones mayores que alcanzan y pasan los 75 años. En el grupo de 75 a 80 años hay un deterioro en la salud muy importante, donde se agregan padecimientos pulmonares, cardíacos, de incontinencia urinaria y depresión. Los que sobreviven esta etapa y pasan los 80, parece que disminuyen algunos padecimientos comparados con otros grupos de edad.

Según la encuesta SABE, en el caso de los hombres, el exámen de la próstata lo realiza sólo un 25 por ciento.¹

La salud del adulto mayor es materia de gran importancia social, como ocurre en muchas partes del mundo, la población mayor de 65 años reside en el medio urbano y se espera que esa proporción continúe aumentando.² El 12% tanto de hombres como mujeres en todo el mundo padece incontinencia urinaria y el 70% al 80% de las personas que llegan a los 80 años sufren este problema.³

Según un estudio en España en la actualidad existen aproximadamente 150.000 hombres que padecen incontinencia urinaria (un 7% del total). Esta cifra alcanza el 20% cuando se trata de hombres de más de 65 años y el 50% cuando se trata de hombres de más de 85 años. Ese mismo estudio fija en EEUU en un 17% de hombres mayores a 60 años que padecen incontinencia urinaria (3.400.000 hombres).⁴

En Mendoza, Argentina, un 46% de las personas tiene incontinencia en su versión leve, un 26% moderada y un 27% fuerte, según se desprende de un estudio impulsado por Kimberly-Clark y realizado por la consultora GFK. El 23% de los afectados siente vergüenza de pedir ayuda y queda así lejos de obtener alguna solución que le permita mejorar su calidad de vida.⁵

Algunos estudios demuestran que el 30% de adultos mayores padece de incontinencia urinaria, de aquellos que refieren el síntoma no reciben ningún tipo de evaluación. Los estudios epidemiológicos indican que es un trastorno de alta prevalencia: en promedio varían las series entre un 10 a 34% en las personas mayores de 65 años de edad que viven en la comunidad y puede llegar a ser un 50 a 60% en las instituciones geriátricas y hospitales generales. Estos porcentajes son aún mayores entre las mujeres, aumenta el porcentaje a mayor edad (>75 años) y se relaciona estrechamente con aquellos que presentan alteraciones y/o fallas de las funciones cognitivas y funcionales-físicas, estas cifras son subestimadas ya que sólo una pequeña proporción de los pacientes que la padecen solicitan ayuda por considerarla como parte del envejecimiento normal, además hay miedo y sobretodo vergüenza de los propios pacientes de contárselo a sus familiares.⁶

En nuestro caso los pacientes vienen acompañados la mayoría de veces por algún familiar, temen caerse, refieren que no escuchan bien y sienten vergüenza porque cuando salen a la calle tienen que buscar baño porque sienten la necesidad urgente de miccionar.

En tal sentido el objetivo de la investigación fue determinar el estado de fragilidad de la salud y tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores varones que asisten al consultorio externo de medicina de un Hospital Público de II nivel Ica, enero 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, haciendo uso del muestreo no probabilístico por conveniencia, considerándose como referencia a 40 adultos mayores usuarios del consultorio de medicina, se utilizó el cuestionario de Barber con la finalidad de identificar el estado de fragilidad, se trata de

una escala autoadministrada, el cual se utiliza para detectar a la población adulta mayor susceptible con algún nivel de dependencia, pero en el medio urbano. Para validar el contenido y constructo del instrumento se realizó la validación por juicio de expertos, el instrumento consta de 9 ítems con respuestas dicotómicas Si (1) –No (0). La puntuación fue: No riesgo de dependencia (0 pts.), Riesgo de dependencia (1 a más pts.) Para la valoración de incontinencia urinaria se utilizaron 5 preguntas afirmativas las cuales tienen un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia urinaria de urgencia.

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

RESULTADOS

Según datos generales el 60%(24) tienen edades de 60 a 70 años, el 38%(15) tienen entre 71 a 80 años y el 2%(1) de 81 años a más. En relación al estado de fragilidad de la salud el 92%(37) de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia, y el 8%(3) no presenta riesgo de dependencia. Respecto al tipo de incontinencia, un 40%(16) tiene incontinencia urinaria de urgencia, y el 60%(24) no presentan incontinencia urinaria, según los resultados del cuestionario de valoración para incontinencia urinaria en varones.

DISCUSIÓN

Referente a los datos generales de los adultos mayores en estudio se pueden contrastar con Guimarães P.7 en el cual muestra asociación con la edad (1,06 por cada año a más de edad, IC95: 1,02-1,11). La incontinencia urinaria, no se trata simplemente de una cuestión de edad, ya que está directamente relacionada con otras afecciones como el aumento de tamaño de la próstata, cáncer prostático y trastornos neurológicos como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y Alzheimer.

TABLA N° 01: Datos generales de los adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina de un Hospital público de II nivel Ica, enero 2016.

EDAD	Fr	%
De 60 a 70 años	24	60%
De 71 a 80 años	15	38%
81 años a más	1	2%
TOTAL	40	100%

TABLA N° 02: Tipo de incontinencia urinaria en adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina de un Hospital público de II nivel Ica, enero 2016.

INCONTINENCIA URINARIA	Fr	%
DE URGENCIA	16	40%
NO PRESENTA	24	60%
TOTAL	40	100%

Esta población se ve especialmente afectada por la incontinencia urinaria, llevándoles a limitaciones importantes e incluso al aislamiento social y familiar

Respecto al estado de fragilidad de la salud el 92% de los adultos mayores presenta riesgo de dependencia, y el 8% no presenta riesgo de dependencia según los resultados del Test de Barber para el medio urbano, resultados similares a los obtenidos por Guimarães P.⁷ se ha calculado, que la sufren el 37,4% de la población de estudio. Se debe prevenir la presencia de enfermedades crónicas que pueden ser potencialmente invalidantes y que una vez instaladas deterioran fuertemente la calidad de vida de la población mayor, fomentando un estilo de vida saludable para llegar hacia un envejecimiento satisfactorio que les permita vivir con independencia

Respecto al tipo de incontinencia urinaria, nuestros resultados son casi similares con García M.⁸, donde los incontinentes son el 93,10%, de la población de estudio y sólo el 6,9%, no presentan incontinencia; y por último tenemos a Siranula V, Urgilés S, Viteri M.,⁹ en el cual la prevalencia global de Incontinencia urinaria fue de 42,86% en el sexo masculino.

La incontinencia urinaria es “una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable originando problemas sociales e higiénicos para el individuo”; se puede considerar como un factor de riesgo de discapacidad, prevalente en el adulto mayor y se asocia a una importante comorbilidad y a un incremento en la mortalidad. La atención de enfermería, como servicio de primer contacto, se resalta en la participación para realizar un exhaustivo examen clínico que deberá incluir la búsqueda intencionada de este padecimiento y sus implicaciones médicas y sociales

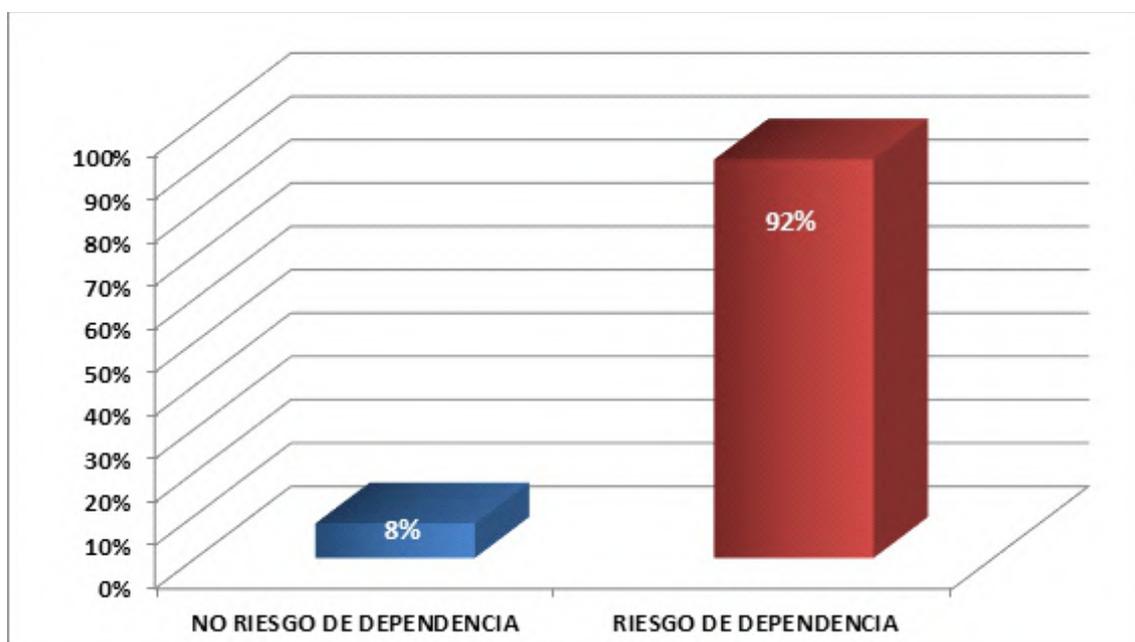
Dorotea Orem¹⁰ explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas

de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Orem, define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. Supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de auto cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

El personal de enfermería debe profundizar en las medidas no farmacológicas, enfocarse en la capacitación de los pacientes para la realización continua y adecuada de las medidas conservadoras, contribuir con el paciente en la selección de productos protectores adecuados (pañales) que ofrezcan seguridad y confianza; en muchos de los casos, convencer al paciente que el uso de protectores como un recurso de fácil alcance, el cual genera confort, previene lesiones e infecciones de piel, mucosas y del tracto genitourinario, protege contra el olor, incluso es conveniente desde el punto de vista económico.

Por todas estas consideraciones, se sugiere generar planes de Intervención, seguimiento y evaluación del mismo, a través de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde el profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

GRÁFICO N^o 01: Estado de fragilidad de la salud en adultos mayores que asisten al consultorio externo de medicina de un Hospital público de II nivel Ica, enero 2016.



BIBLIOGRAFÍA

1. Mora J. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento Primera edición: 1000 ejemplares. 2006 ISBN 970-721-003-6.
2. Lalive C, Cavalli S, Guilley E. Recorrido de vida y vejez: Sobre la noción de fragilidad. Centro Inter-facultades de Gerontología, Universidad de Ginebra, 2005
3. Costa M. Incontinencia urinaria. Confederación Americana de Urología Hospital Español Infobae Porto Alegre (MN 50407).
4. La incontinencia urinaria masculina: síntomas, tipos, causas y tratamiento Enciclopedia médica Medplus 2 de mayo de 2014.
5. Christian Cobrerros. IUBA (Instituto Urológico Buenos Aires). Millón y medio de argentinos sufre incontinencia urinaria Septiembre 2015. www.lanacion.com.ar/Sociedad/Salud
6. Dios JM, Rodríguez M, Martínez Jr, Rodríguez C, Melero M, et al., Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. Gac Sanit 2003; 17(5):409-11..
7. Guimarães P. Artrosis, estado funcional y fragilidad en una población de personas mayores en Portugal. Estudio de los factores asociados y de la actividad física Oporto, Portugal, [Tesis especialidad]; Universidad autónoma de Madrid. 2012.
8. García M. Tipos de incontinencia urinaria en personas mayores de 65 años institucionalizadas: tratamiento y cuidados en residencias y centros socio-sanitarios públicos de Cataluña, España, 2013.
9. Siranaula Arias V, Urgilés S, Viteri M. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria en los adultos mayores que asisten a los servicios sociales del "Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; 2010 – 2011.
10. Piwonka Ma. Aplicación del modelo de Orem en el cuidado de enfermería a pacientes post operados con desviaciones de salud en el requisito de eliminación Conferencia 51ª Congreso Uruguayo de Cirugía. 2000.

1. PRESENTACION

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

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

1.1 TIPOS DE ARTÍCULOS

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

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

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

2.2 ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

tesis y en orden de aparición.

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

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

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

Referencias bibliográficas: En número no mayor de 40 referencias.

2.3 ORIGINALES BREVES

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

2.4 ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

2.5 FÓRUM

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

2.6 PERSONAJES DE LA MEDICINA PERUANA

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

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

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

2.7 GALERIA FOTOGRAFICA

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

2.8 REPORTE DE CASOS

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

2.9 CARTAS AL EDITOR

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

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

2.10 NOTAS INFORMATIVAS

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

2.11 IN MEMORIAM

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

2.12 FE DE ERRATAS /RETRACTACIONES

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

2.13 FOTOGRAFÍA DE PORTADA

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

3. ASPECTOS FORMALES PARA LA REDACCIÓN DEL ARTÍCULO

3.1 ENVÍO DE ARTÍCULOS

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

Adjuntando obligatoriamente:

Carta de Presentación (Formato 1).

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

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

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

Instrumento de recolección de datos

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

Base de datos

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

3.2 PREPARACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

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

Doble espacio en letra Arial 12.

Formato A4

Con márgenes de 3 cm.

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

La Primera página debe incluir:

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

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

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

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

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

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

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

Para el resto de páginas debe considerarse los

siguientes aspectos.

Cada sección del artículo empieza en una nueva página.

3.3 REQUISITOS A CONSIDERAR

3.3.1 Sobre las Tablas

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

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

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

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

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

3.3.2 Sobre las Figuras

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3.3 Sobre los porcentajes, unidades de medida y abreviaturas

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

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

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

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

3.3.4 Sobre el sistema de citación

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

No utilice superíndices ni subíndices para escribir la cita respectiva.

EXTENSION ORIENTATIVA DE LOS MANUSCRITOS

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

No utilizar subrayado de ningún tipo.

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

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

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

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

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

3.3.5 Sobre los Agradecimientos

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

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

b) el agradecimiento por ayuda técnica.

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

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

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

3.3.6 Sobre los resultados

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

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

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

3.3.7 Sobre las referencias bibliográficas

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

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

Artículos de revistas:

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

Libro:

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

Capítulo de libro:

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

Tesis:

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

Página web:

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

3.4 RESPONSABILIDADES ÉTICAS

3.4.1 Publicación redundante o duplicada

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

3.4.2 Consentimiento informado

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

3.4.3 Sobre los conflicto de intereses

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

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

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

3.4.4 Sobre los autores

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

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

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

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

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

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

Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada

4. PROCESO EDITORIAL

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

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

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

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

4.1 POLÍTICA EDITORIAL

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

4.2 AGRADECIMIENTO A REVISORES

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

4.3 PRUEBA DE IMPRENTA

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

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

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



INDICE

1

EDITORIAL

RELANZAMIENTO DE LA REVISTA PANACEA / Re-Launch Of Panacea Journal
 Fernando Ardito - Saenz

2

LA EMERGENCIA DEL DENGUE EN EL PERÚ E ICA / The Emergency Of Dengue In Peru And Ica
 Gualberto Segovia Meza

4

ARTICULOS ORIGINALES

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE DENGUE DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE ICA, 2016 / Level Of Knowledge About Dengue In Health Personnel Of The First-Level Healthcare In Ica, 2016
 Ubaldo Efraín Miranda Soberón, Jackeline Amparo Barrientos Pérez, Nelson Freddy López Falcón

6

VALOR PREDICTIVO Del PSA libre/total EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA / Predictive Value Of Psa F/T In Prostate Cancer In Patients Of Ica Regional Hospital
 Leiddy Elizabeth Cardenas-Ramos, Paola Vicenta Chalco-Moreno, Juan Carlos Berrocal-Salcedo, Nancy María Brizuela Pow Sang

12

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ANTE LA OCURRENCIA DE SISMOS EN PERSONAL DE SALUD EN ICA, 2016 / Attitudes And Knowledge To The Occurrence Of Earthquakes In Health Personnel Of Ica, 2016
 César Miguel Quispe-Nolazco, Mary Chris Quispe-Bravo, Ángel Anicama Hernández

17

CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS GESTANTES SOBRE LOS PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO, HOSPITAL REGIONAL DE ICA, ENERO 2017 / Knowledge and Attitudes of the Pregnant on the Main Signs and Symptoms of Alarm in Pregnancy, Ica Regional Hospital, January 2017
 Rusber O.Sulca-Díaz, Rosario P. Peñafiel-Palomino, Juan A. De la Rosa-Ventura

23

RELACIÓN ENTRE HELICOBACTER PYLORI Y PATOLOGÍAS DIGESTIVAS ALTAS POR BIOPSIA Y ENDOSCOPIA EN UN HOSPITAL GENERAL EN ICA, PERÚ / Relationship Between Helicobacter pylori and High Digestive Pathologies for Biopsy and Endoscopy In General Hospital of Ica, Peru
 Huachua Piñas BL, Meza García KT, Oscco Álvarez DE, Miranda Soberón U

28

PRÁCTICAS DE RIESGO E HIGIENE DE TRABAJADORAS SEXUALES CON VAGINOSIS BACTERIANA. ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUNAMPE, 2016 / Risk Practices and Hygiene of Sex Workers With Bacterial Vaginosis In A Health Center Sunampe, 2016
 Banda Silva JG, Solis Aparcana JL, Valdivia Rosales CN

36

ESTADO DE FRAGILIDAD DE LA SALUD Y TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA EN ADULTOS MAYORES VARONES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE II NIVEL ICA, ENERO 2016. / State of Fragility of Health and Type of Urinary Incontinence In Adults Major Men Who Attend The External Medical Office Of A Public Hospital Of II Level Ica, January 2016.
 Oscco - Torres O

40

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

44

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